

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 décembre 1895, à 1 heure

Par PAUL-EUGÈNE-LÉOPOLD MARTIN

Né à Saint-André (Ile de la Réunion), le 15 novembre 1867

DES KYSTES

DU

CANAL THYRO-LINGUAL

(Contribution à l'étude des affections congénitales de la langue et du cou)

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : M. PANAS, professeur
LETULLE, ROGER, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites
sur les divers parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

84

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0019

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N° —

84

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 décembre 1895, à 1 heure

Par PAUL-EUGÈNE-LÉOPOLD MARTIN

Né à Saint-André (Ile de la Réunion), le 15 novembre 1867

DES KYSTES

DU

CANAL THYRO-LINGUAL

(Contribution à l'étude des affections congénitales de la langue et du cou)

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. PANAS, professeur.
LETULLE, ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMER DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		N.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.		POUCHET.
Hygiène.		LANDOUZY
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.		LABOULBENE.
		STRAUS.
		G. SEE.
Clinique médicale.	{	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.	{	DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique d'accouchements.	{	TARNIER.
		PINARD.
Professeurs honoraires.		
MM. SAPPEY, PAJOT.		
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	GAUCHER	MARIE
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON
BAR	TOURETTE	NETTER.
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-
CHANTEMESSE	HEIM	ques.
CHARRIN	LEJARS	RETTERRER
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD
DELBET	MARFAN	ROGER
		SEBILEAU
		THIERRY
		THOINOT
		TUFFIER
		VARNIER
		WAETHER
		WEISS
		WIDAL
		WURTZ

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON ONCLE

J. N. FOMBEL MARTIN

Docteur en médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Pieusement je dédie ce modeste travail inaugural

MARTIN

DES KYSTES

DU

CANAL THYRO-LINGUAL

(Contribution à l'étude des affections congénitales de la langue
et du cou)

INTRODUCTION

Durant ces dernières années, d'importants et intéressants travaux dûs aux embryologistes les plus distingués, ont éclairé d'un jour nouveau la pathogénie si obscure jusque-là des tumeurs congénitales de la langue et du cou. La grande classe si vague et si complexe des *kystes d'origine branchiale*, dans laquelle on rangeait indistinctement toutes ces productions morbides, sans tenir aucun compte de la nature de leur contenu et de la structure histologique de leurs parois, a fait place à un certain nombre de groupes absolument distincts et nettement définis.

L'un d'entre eux, celui des *kystes du canal thyro-lingual*, intéressant à plus d'un titre, a malheureusement

donné lieu à bien des confusions de la part d'un certain nombre d'auteurs qui ont voulu l'étendre outre mesure.

Aussi avons-nous cru faire œuvre utile, en esquissant, sur les conseils de notre excellent maître, M. le professeur agrégé M. Denucé, une étude d'ensemble de ce groupe, étude qui n'existe pas encore dans la littérature médicale.

Nous n'avons ni la prétention d'être original, ni l'orgueilleux désir de faire oublier par cette courte monographie les travaux de nos devanciers. Beaucoup plus modestes sont nos intentions, et nous nous estimerons parfaitement heureux, entièrement récompensé de nos efforts, si nous réussissons à être assez clair et assez méthodique dans l'exposé des faits, le choix et la discussion des observations, pour rallier à l'opinion que notre maître a été l'un des premiers à soutenir en France, tous ceux que la question intéresse.

Pour atteindre ce but, nous avons divisé notre travail en trois parties :

Dans la première, nous rappelons les notions d'embryogénie indispensables pour bien établir la théorie pathogénique que nous défendons, et donnons une description sommaire mais complète du canal thyro-lingual.

Dans la seconde, nous basant sur quatre observations inédites, si complètes qu'elles méritent bien le nom d'observations fondamentales, nous nous efforçons de démontrer qu'un certain nombre de kystes situés à la base de la langue, au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde, ont une origine commune et se développent aux dépens du canal thyro-lingual anormalement persistant en l'un quelconque

des points de son parcours. À la suite de cette discussion pathogénique nous avons placé trente-sept observations ; les unes inédites, les autres recueillies dans les divers mémoires français et étrangers que nous avons pu consulter.

Dans la troisième enfin, nous avons tenté d'esquisser sur ces tumeurs congénitales un chapitre de pathologie que nulle part nous n'avons trouvé complètement écrit.

Nous ne nous dissimulons ni la difficulté de notre tâche, ni les omissions involontaires que nous avons commises, ni les imperfections de toutes sortes qui peuvent se rencontrer au cours de ce travail. Aussi faisons-nous appel à toute la bienveillance de nos juges, espérant qu'ils ne nous la refuseront pas en raison même de l'excellence de nos intentions.

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à nos maîtres de Bordeaux, et plus particulièrement à M. le professeur Lannelongue et à M. le professeur agrégé M. Denucé, l'expression de notre très vive gratitude. De leur précieux enseignement, de leur exquise bienveillance, et surtout de leur haute probité scientifique, nous garderons toujours le souvenir le plus charmé.

M. le professeur agrégé Princeteau, chef des travaux anatomiques à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux, à la bienveillance duquel nous devons deux de nos plus intéressantes observations, a également droit à toute notre reconnaissance ; qu'il veuille bien en agréer l'expression.

Nos excellents amis, les Dr^s Sicard, L. O'Zonx, chef

de clinique chirurgicale infantile, G. Carrière, chef de Clinique Médicale, A. Chemin, prosecteur à la Faculté de Médecine, nous ont une fois de plus manifesté leur vieille et solide amitié en se mettant à notre disposition pour les recherches que nous avons à faire. Notre attachement leur est connu depuis trop longtemps, pour qu'il soit besoin de leur répéter ici combien ils nous sont chers.

Que MM. F. Buscarlet, privat-docent de chirurgie à l'Université de Genève, Tédénat, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier, A. Broca, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des Hôpitaux, qui toujours ont répondu de la façon la plus aimable et la plus bienveillante à nos demandes de renseignements, nous faisant profiter de leurs savants travaux et des précieuses observations qu'ils avaient recueillies, veuillent bien agréer l'hommage de notre très vive, très respectueuse et très sincère reconnaissance.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Guyon nous a fait un honneur dont nous ressentons si vivement le prix, que nous sommes vraiment confus de ne lui avoir pas apporté un travail plus digne de sa grande valeur scientifique. Qu'il nous permette de lui exprimer nos remerciements émus, et veuille bien, lui surtout, que nous vénérons non seulement comme l'un des maîtres les plus illustres de la Chirurgie moderne, mais encore comme l'une des gloires de l'île lointaine où nous avons vu le jour, croire à notre très profonde gratitude et à notre inaltérable dévouement.

PREMIÈRE PARTIE

Notions d'embryogénie. Canal thyro-lingual

I

NOTIONS D'EMBRYOGÉNIE.

Appareil branchial.

Vers la fin de la deuxième semaine qui suit la fécondation, si l'on examine un embryon humain, on peut constater que la région qui représente le cou est extrêmement courte. Sur une coupe frontale, cette région se montre constituée par une cavité, la cavité du pharynx, et par une paroi dans laquelle on retrouve les trois feuillets constitutifs du blastoderme. Sur les côtés et antérieurement, cette paroi paraît très mince, comme si une couche à peine sensible de mésoderme séparait l'entoderme pharyngien de l'ectoderme du corps ; mais à ce

moment, elle est lisse, absolument unie, aussi bien en dedans qu'en dehors.

Bientôt, au début de la troisième semaine, on voit apparaître en arrière et de chaque côté, dans le pli qui correspond à l'angle d'inflexion du capuchon céphalique sur les vestiges de la colonne vertébrale, une série de points épais, au nombre de quatre, situés l'un au-dessous de l'autre, et régulièrement espacés.

Dus à un épaississement du mésoderme qui refoule en dedans l'entoderme, repousse en dehors l'ectoderme, tandis que au-dessus et au-dessous, ces deux feuillets sont presque accolés l'un à l'autre, ces points ne tardent pas à s'étendre, formant de véritables bandelettes qui s'avancent vers la ligne médiane antérieure. A ce moment, on voit sur les côtés du cou quatre bourrelets saillants, — les *arcs branchiaux*, — régulièrement espacés et séparés les uns des autres par des dépressions, les *sillons branchiaux*.

Sur une coupe frontale, les arcs se montrent comme des cercles entre lesquels on distingue de petites lames formées par une véritable membrane. Cette dernière qui résulte de l'accolement de l'entoderme et de l'ectoderme, a reçu le nom de *membrane clôturale*, parce qu'elle ferme l'espace compris entre deux arcs consécutifs. Cette membrane clôturale sépare les sillons branchiaux internes et externes, dont les premiers, beaucoup plus développés que les seconds, sont désignés par His sous le nom de *poches branchiales*.

On croyait généralement autrefois, et quelques embryologistes pensent encore aujourd'hui, que la membrane

clôturale ne tarde pas à se résorber, de telle sorte que chaque arc serait séparé de ses voisins par une fente sur les bords de laquelle l'entoderme se continuerait avec l'ectoderme. Ces fentes, que l'on appelle *fentes branchiales*, feraient communiquer la cavité du pharynx primitif avec l'extérieur.

Les travaux de Dursy, His, Fol, de Meuron, Kastschenko, etc., tendent à prouver que c'est là une erreur. D'après eux, et c'est l'opinion généralement admise aujourd'hui, le feuillet moyen s'épaissit au niveau des arcs, s'amincit entre eux ou même disparaît ; mais les deux plaques épithéliales adossées ne se résorbent jamais. Dès lors, il n'y a pas de fentes, mais simplement des rainures, des sillons internes et externes.

L'ensemble des arcs branchiaux a reçu le nom de *système branchial* ou *viscéral*. En effet, les masses mésodermiques revêtues d'entoderme et d'ectoderme qui constituent ces arcs, peuvent être considérées comme des segments distincts du feuillet moyen, plus ou moins comparables aux protovertèbres. Chacun de ces segments engendre des muscles spéciaux qui, contrairement aux autres muscles striés ne dérivent pas des protovertèbres et méritent une place spéciale dans la musculature du corps ; chacun d'eux possède en outre un gros vaisseau sanguin, *arc aortique*, et un squelette propre, formé par une ceinture cartilagineuse ou osseuse, composée de plusieurs pièces placées bout à bout.

Le premier arc, *arc maxillaire* ou *facial*, prend naissance à la base du crâne, dans la région sphénoïdale, et se divise en deux branches : la supérieure, courte,

forme la partie externe du maxillaire supérieur, dont la partie moyenne est formée par le bourgeon frontal; l'inférieure forme le maxillaire inférieur, en se réunissant sur la ligne médiane à sa congénère du côté opposé.

Le deuxième arc, *arc stylo-hyoïdien*, donne naissance à l'appareil hyoïdien, constitué supérieurement par l'apophyse styloïde attachée à la partie antérieure du temporal, plus bas, par le ligament stylo-hyoïdien. Cet arc se termine inférieurement par la petite corne de l'os hyoïde.

Le troisième arc, auquel l'on n'a pas donné de nom, issu de la région temporale de la base du crâne, vient former en bas la grande corne et le corps de l'os hyoïde.

Le quatrième arc, qui comme le précédent, n'a pas reçu de nom spécial, est situé, à son origine supérieure, en arrière du troisième. Il contribue à former en bas les parties molles de la région sous-hyoïdienne, le larynx et la trachée, à l'exception de leur revêtement épithélial, qui provient d'un bourgeonnement de l'épithélium pharyngien.

Le premier arc du côté droit se réunit sur la ligne médiane ventrale à celui du côté gauche. Il en est de même, d'après Koelliker, pour le second arc. Mais les suivants ne s'étendent jamais aussi loin en avant, et ils laissent entre eux sur la ligne médiane, un espace, *espace méso-branchial* de His, dans lequel la paroi est restée lisse et a conservé sa structure primitive.

Si l'on fait une coupe verticale et transversale d'un embryon à l'époque précise où les deux bourgeons maxil-

lares inférieurs viennent à se toucher, et qu'on examine le champ méso-branchial par sa face pharyngée, on voit qu'il a la forme d'un triangle à sommet antérieur correspondant à la symphyse maxillaire et à base postérieure. Au centre de ce triangle on aperçoit le *bulbe aortique* qui fournit de chaque côté les arcs aortiques, appliqués à la face interne des arcs branchiaux auxquels ils sont destinés. En avant du bulbe aortique, sur la suture maxillaire, on distingue un tubercule médian ; c'est là le premier rudiment de la langue, et nous y reviendrons lorsque nous étudierons le développement de cet organe.

Le premier sillon branchial, intermédiaire à l'arc mandibulaire et à l'arc stylo-hyoïdien, ne disparaît pas complètement ; la trompe d'Eustache, la caisse du tympan et le conduit auditif externe, en sont les vestiges.

Le deuxième et le troisième sillons sont parallèles au précédent, et en sont très rapprochés sur toute leur étendue. Le deuxième se prolonge d'après Rabl en un *conduit branchial*, qui se dirige vers l'opercule branchial du deuxième arc et se met en rapport avec la paroi antérieure du *sinus præcervicalis*.

Le troisième sillon qui est en connexion avec le sinus præcervicalis, semble donner naissance au thymus.

Le quatrième suit une direction assez exactement tracée par le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Sa moitié supérieure est très voisine des trois sillons précédents.

Formation du cou.

Les arcs que nous venons de décrire, primitivement parallèles et régulièrement superposés, ne tardent pas à subir des déplacements. Les deux premiers se développent avec une rapidité beaucoup plus grande que les autres qui, dès la quatrième semaine, rentrent dans leur courbe, à la façon, dit His, des cylindres d'une lorgnette, A ce moment, le quatrième est recouvert par le troisième, recouvert à son tour par le deuxième. De là résulte une dépression profonde à la face antéro-externe du cou, dépression qui a reçu de His le nom de *sinus præcervicatis*. Ce sinus est limité en haut par le bord inférieur du deuxième arc, en bas, par le bord supérieur de la paroi thoracique antérieure, et profondément par le troisième et le quatrième arcs.

De l'arc hyoïdien part bientôt un petit prolongement, le *processus operculaire* qui, passant au devant du sinus précervical, finit par se souder à la paroi du corps, fermant ainsi le sinus et le transformant en une cavité close de toutes parts. A ce moment, les derniers arcs branchiaux ne sont plus visibles extérieurement, et le cou a acquis sa forme extérieure définitive. Dans son épaisseur apparaîtront par la suite des parties importantes muscles et pièces squelettiques.

Formation de la langue et du corps thyroïde.

Nous étudions dans une même description l'évolution de la langue et de la glande thyroïdienne, car, d'après les recherches de His, dont l'opinion est à peu près acceptée de tous à l'heure actuelle, ces deux organes ont un développement connexe dans certaines de leurs parties.

Selon cet auteur, en effet, dont les idées s'écartent notablement de celles de Reichert, mais peu de celles de Dursy et Kolliker, la langue se développerait aux dépens de deux ébauches superposées, dont la supérieure serait en même temps située sur un plan antérieur, en raison même de l'inégal développement des arcs pharyngiens. Ces deux rudiments, destinés à former l'un la partie radiculaire ou base de la langue, l'autre la portion buccale de cet organe, naissent, — le premier qui est en même temps inférieur et postérieur à la face interne de la pièce commune aux deuxième et troisième arcs, — le second, qui est supérieur et antérieur, d'un tubercule médian appelé *tuberculum impar* par l'auteur.

Ce tuberculum impar qui apparaît très tôt, et peut déjà être vu sur un embryon de la quatrième semaine, se trouve situé entre les deux moitiés réunies du premier arc pharyngien d'une part et les deux moitiés partiellement réunies du second arc, d'autre part. L'ébauche inférieure et postérieure, la *furcula* de His, se montre sous forme de deux bourrelets, dans une région voisine

du deuxième et du troisième arcs, sur la ligne médiane.

Sur une coupe verticale et transversale d'un embryon, faite à l'époque où les deux bourgeons maxillaires inférieurs viennent à se toucher, et examinée par la face pharyngée, on peut voir, dans le champ méso-branchial, la disposition que nous venons de décrire.

De cette disposition qui, nous le répétons, ne peut être vue que sur la face interne de la cavité bucco-pharyngienne de l'embryon, résulte une sorte de petit cul-de-sac médian situé au devant du tuberculum impar et de la pièce commune aux deuxième et troisième arcs, et par le fait, entre les deux. Ce cul-de-sac est destiné à devenir l'origine de la portion médiane du corps thyroïde.

Les deux bourgeons qui doivent former la langue continuant à se développer, s'avancent l'un vers l'autre. Le postéro-inférieur, constitué comme nous l'avons vu, par deux bourrelets, prend de plus en plus la forme d'un V ouvert en avant. Entre les branches du V se place le bourgeon antérieur, à la façon d'un véritable coin, et bientôt la fusion des deux rudiments s'opère. Sur la ligne de jonction, les traces du V persistent, et le long d'elles se développent les papilles caliciformes. Au sommet du V se trouve le *foramen cæcum*, lequel est considéré suivant les auteurs, tantôt comme une papille plus développée que les autres, tantôt comme une dépression due au défaut d'emboîtement des bourgeons primitifs, tantôt enfin, comme le vestige du cul-de-sac embryonnaire dont nous venons de parler.

Ce cul-de-sac médian, origine comme nous l'avons déjà dit de la thyroïde médiane, interposé entre la portion

buccale et la portion basale de la langue, suit ces deux bourgeons dans leur développement, de telle sorte que lorsqu'ils se sont réunis, on peut encore voir dans l'épaisseur de l'organe, jusqu'à la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine, un petit conduit épithélial, le *ductus thyreoglossus* de His, connu en France sous le nom de *conduit lingual*.

Ce conduit est le vestige du cul-de-sac primitif, revêtu d'épithélium, qui peu à peu s'est allongé, devenant ainsi un véritable boyau creux, dont l'extrémité inférieure se bifurquera et après des changements histologiques importants survenus dans sa constitution primitive, se transformera en un organe glanduleux, la portion moyenne ou isthme du corps thyroïde. Les parties latérales de ce dernier organe, d'après les recherches de Stieda, Born, His, Kastschenko, de Menron, etc... naîtraient de deux ébauches latérales, de telle sorte qu'il serait le résultat d'une ébauche médiane impaire et de deux ébauches paires latérales.

L'ébauche impaire, que nous venons de décrire et dont l'existence a été démontrée chez tous les vertébrés par W. Müller, semble constituer un organe d'origine très ancienne, présentant des rapports génériques très intimes avec la gouttière hypobranchiale de l'amphioxus et des Tuniciers.

Les ébauches paires naissent sous la forme d'évaginations de l'épithélium de la quatrième poche branchiale qui se détachent bientôt de cette dernière et viennent se mettre en relation avec l'ébauche impaire, pour former les parties latérales de la glande. Leur importance n'est

pas encore bien démontrée, et elles semblent jouer un rôle secondaire en comparaison de la formation médiane, dans le développement de la masse totale de l'organe thyroïdien. Avec une apparente justesse, Kastschenko et Prenant considèrent cette importance comme extrêmement faible, et peut-être même comme absolument nulle. His pense au contraire que chez l'homme, ces ébauches paires donnent naissance aux lobes thyroïdiens latéraux, volumineux, tandis que l'ébauche impaire ne fournirait que la partie médiane, très réduite de l'organe.

Quoi qu'il en soit du rôle que doivent jouer ces différentes ébauches, à un moment donné, elles arrivent au contact, s'accolent simplement ou se fusionnent, constituant une masse en forme de fer à cheval. A l'origine, cette masse est appliquée à la surface du bulbe aortique. Plus tard, la tête primitivement inclinée sur le tronc se relevant, les arcs branchiaux deviennent obliques, l'aorte descend dans le thorax, la glande thyroïde suivant le même mouvement descend dans une certaine mesure en s'éloignant des premiers arcs branchiaux, et se place au-dessus du larynx.

Le développement du corps thyroïde tel que nous venons de l'exposer, permet de comprendre la formation de glandes thyroïdiennes accessoires en divers points de la ligne médiane du cou, et d'expliquer les relations de ces organes anormaux avec la base de la langue, l'os hyoïde ou le larynx. Verneuil, Zuckerkandl, Kadyi, Ilraith, Galisch, en ont cité de très intéressants exemples. Streckeisen, dans un remarquable travail basé sur

l'étude de cent trente cadavres, a magistralement repris la question et montré que ces glandes existaient au-dessus, au-dessous, au devant, et ce qui est particulièrement caractéristique, jusque dans la substance osseuse de l'hyoïde. Dans un grand nombre de ses examens, il a pu reconnaître une relation entre le canal thyro-lingual et ces thyroïdes accessoires. Rien d'étrange à cela, car, si normalement le boyau épithélial creux parti de la région médiane du sol pharyngien ne se divise qu'au niveau du larynx pour donner naissance aux follicules thyroïdiens, tel un arbre dont le tronc reste absolument lisse et ne se couvre qu'à son sommet de rameaux et de feuilles, il peut se faire, à la suite de circonstances qu'il est difficile de préciser, que des follicules apparaissent ou que la division ait lieu beaucoup plus haut que d'habitude. Dans le premier cas, le ou les petits amas folliculaires ainsi produits constituent des glandules accessoires; dans le second, il existe deux vestiges du tronc primitif, deux pyramides de Lalouette, comme Marshall, His et Chemin en ont rencontré au cours de leurs nombreuses dissections. Il n'est donc pas besoin, pour expliquer ces anomalies, la dernière surtout, d'invoquer les recherches de Jacoby qui tout récemment, a décrit chez le porc deux ébauches thyroïdiennes médianes.

Cette façon de considérer le développement du corps thyroïde, trop récente pour que nous puissions nous permettre de la discuter, nous semble cependant un peu hasardée, en raison de l'accord qui depuis longtemps déjà s'est fait entre les divers embryologistes sur l'opi-

nion émise et soutenue par His dans ses nombreux et remarquables travaux.

Peut-être ne faut-il voir dans les cas décrits par Jacoby, qu'une division extrêmement prématurée de l'ébauche thyroïdienne médiane. Peut-être aussi ce développement spécial est-il particulier au porc. Quoiqu'il en soit, de nouvelles recherches s'imposent, et seules elles pourront faire la lumière sur ce sujet.

II

CANAL THYRO-LINGUAL.

Définition. Historique.

On décrit sous le non de *canal thyro-lingual*, en France, de *ductus thyreoglossus* en Allemagne, un conduit transitoire qui, durant les premières phases de la vie embryonnaire, s'étend de la base de la langue à la partie médiane de la glande thyroïde, et subit une évolution différente suivant les sujets, disparaissant complètement chez les uns, persistant chez les autres dans sa presque totalité ou seulement en certains points de son trajet.

A His revient l'honneur d'avoir le premier donné une description complète de ce canal, d'en avoir montré l'origine, les rapports et la destinée. Bien longtemps avant lui, Morgagni, en 1742, avait décrit dans l'épaisseur de la base de la langue, un conduit s'ouvrant dans le foramen cœcum, conduit qu'il considérait comme le canal excréteur des glandes contenues dans l'organe. L'année suivante, le même auteur, ainsi qu'Eustache, Bidloo, et

principalement Lalouette, avaient signalé et étudié un prolongement long et grêle qui, se détachant de l'isthme thyroïdien, se portait en haut en s'appliquant contre le larynx, et présentait parfois des attaches avec l'os hyoïde. Mais ces auteurs restaient muets sur la signification de cette sorte de pyramide connue et décrite en France sous le nom de *pyramide de Lalouette*, à l'étranger sous celui de *processus pyramidalis*.

Beaucoup plus près de nous, Bochdalek junior, en 1866, probablement sans avoir connaissance des travaux de Morgagni, donna une description complète et détaillée du canal que ce dernier avait déjà vu dans l'épaisseur de la base linguale. Il le désigna sous le nom de *ductus excretorius linguae*, et le considéra comme l'exagération en profondeur de la dernière papille caliciforme. Dursy, Mathias Duval et Hervé, Cusset, Verchère et Denucé, l'attribuèrent à un défaut de soudure entre les bourgeons linguaux, au moment de leur emboîtement.

En étudiant le développement de la langue et du corps thyroïde, His ne tarda point à s'apercevoir que ces deux organes présentaient des rapports étroits dans leur évolution. Dans une série de travaux qui datent à peine de ces vingt dernières années, et qui font autorité à l'heure actuelle, ce savant embryologiste revint à maintes reprises sur la signification du canal de Morgagni-Bochdalek et de la pyramide de Lalouette, montrant que ces deux formations n'étaient que les vestiges d'un seul et même organe de la vie embryonnaire, le canal thyro-lingual.

Wolfler, Stieda, Fishelis, Froriep, Born, Streckeisen, Bland Sutton, Marshall, presque tous ceux enfin qui se

sont occupés de la question depuis His, n'ont fait que vérifier et confirmer ses idées. Seul Kanthack s'est élevé contre certaines d'entre elles, et nous aurons bientôt l'occasion d'exposer et de discuter son opinion.

Formation et évolution.

L'ébauche thyroïdienne impaire, comme nous l'avons déjà dit, provient d'une évagination de l'épithélium tapisant la paroi antérieure du pharynx sur la ligne médiane, à peu près au niveau du deuxième arc branchial.

Cette ébauche s'éloigne, en s'éloignant peu à peu, de son lieu d'origine. Chez les Sélaciens, les Teleostéens, les Amphibiens, etc... elle se transforme en un corps sphérique plein ; chez les oiseaux et les mammifères, au contraire, elle constitue une vésicule présentant à son centre une lumière étroite, mais parfaitement nette. En particulier chez l'homme, d'après His, cette vésicule est à son origine bornée par les bourrelets qui représentent les rudiments de la base de la langue. Elle descend peu à peu à travers ce qui doit être la membrane thyro-hyoïdienne, allant à la rencontre des ébauches paires postérieures venues de la quatrième poche branchiale. La partie médiane forme donc une sorte de conduit, étendu du point où convergent les trois ébauches primitives du corps thyroïde à la pointe du V lingual. C'est là le *canal thyro-lingual* ou *thyroéoglosse* des Français, le *ductus thyroeglossus* des Allemands, conduit épithélial fin partant du foramen cœcum, traversant toute la base de la lan-

gue, passant au devant du larynx et se terminant en se bifurquant sur la partie médiane de la glande thyroïde. D'après His, ce canal est absolument transitoire, et ne persiste que jusqu'à la cinquième semaine environ de la vie intra-utérine. Pendant cette période, il est perméable sur toute son étendue, ne présente aucun diverticule, est tapissé intérieurement d'un épithélium cylindrique cilié.

Nul n'a encore bien insisté sur son rôle physiologique, et peut-être est-il téméraire de hasarder une hypothèse à ce sujet. Cependant, la différence même que présente l'ébauche thyroïdienne médiane dans sa constitution, chez les diverses espèces animales, devrait attirer l'attention sur ce point. Les grandes perturbations cellulaires qui se produisent durant les premières phases de la vie pour la constitution des divers organes de l'économie, doivent assurément exiger la présence de ce canal, véritable soupape de sûreté dans la série des vertèbres. Grâce à lui, les sécrétions thyroïdiennes, dangereuses peut-être pour un organisme à peine ébauché, luttant énergiquement pour se constituer, peuvent s'écouler au dehors en attendant l'heure où elles deviendront indispensables au fonctionnement régulier de la vie.

D'après His et Streckeisen, c'est vers la fin de la cinquième semaine que d'importants changements se produisent dans le conduit épithélial que nous venons de décrire. Peu à peu, il devient discontinu et se transforme en un tractus fibreux, le *tractus thyroéoglosse*, étendu du foramen cœcum à une très courte distance du lobe thyroïdien médian.

Ainsi donc, le conduit épithélial parti de l'évagination

pharyngienne moyenne, va former la pyramide de Lalouette. Il s'atrophie dans le reste de son étendue, et il ne reste plus de lui que le tractus thyro-glosse, sorte de trousseau fibreux conjonctif privé de lumière, qui se détache du lobe médian de la glande thyroïde pour aboutir, en passant sous le mylo-hyoïdien et entre les deux génio-hyoïdiens à la partie postérieure du V lingual. Dans la plupart des cas, ce cordon fibreux lui-même disparaît sous un incessant envahissement de cellules adipeuses, et il n'est plus possible de le retrouver.

Des restes chez l'adulte du canal thyro-lingual.

Ce que nous venons de dire de la formation et de l'évolution du canal thyro-lingual s'applique aux cas où le développement est complètement normal. D'après His et Streckeisen, il ne reste plus alors chez l'adulte, comme vestiges de ce conduit embryonnaire, que le *foramen cœcum* en haut, la *pyramide de Lalouette* en bas, vestiges plus ou moins apparents suivant les cas.

Mais cet organe transitoire, aussi bien que tous les organes de l'économie, peut présenter des anomalies. Ces dernières, bien que difficiles à expliquer d'une façon très rigoureuse, ont été nombre de fois constatées et consistent en une persistance totale ou partielle.

His et Streckeisen ont vu chez le fœtus et chez l'adulte un canal parfaitement net, allant du foramen cœcum à la thyroïde médiane, canal qui pouvait être parcouru dans toute son étendue par une sonde extrêmement fine. De

telles anomalies sont d'une excessive rareté, mais la grande autorité qui s'attache aux noms des auteurs qui les ont mentionnées, est une garantie certaine de leur existence.

Beaucoup plus fréquents sont les cas de persistance partielle, soit au-dessus, soit au-dessous de l'os hyoïde. Embryologistes, anatomistes et chirurgiens en ont signalé un nombre déjà respectable.

Du fond de la paroi postérieure du *foramen cæcum*, on voit assez souvent partir, se dirigeant en bas et en arrière, vers le ligament glosso-épiglottique médian, un petit conduit dans lequel il est possible d'introduire un stylet très fin. C'est là le canal décrit par Morgagni en 1742, et par Bochdalek junior en 1866, sous le nom de *ductus excretorius linguæ*. Ce canal qui existe dans un quart environ des cas examinés, est connu en France sous le nom de *canal de Bochdalek*. Peut-être serait-il plus équitable et surtout plus conforme à la vérité historique, de l'appeler *canal de Morgagni-Bochdalek*, très juste hommage rendu à ceux qui, les premiers, ont bien étudié ce segment intra-lingual du conduit thyro-glosse. His qui le désigne sous le nom de *ductus lingualis*, dit l'avoir très fréquemment rencontré, et lui assigne une longueur variant de un à deux centimètres et demi. Dans tous les cas observés par lui, ce conduit se terminait en cul-de-sac au voisinage de l'os hyoïde. Telle est également l'opinion de Kœlliker, Streckelsen, Bland Sutton, Marshal, Chemin, etc., etc. Dans certaines de leurs observations, ces différents auteurs ont décrit un canal intra-lingual fermé à ses deux extrémités, et

par conséquent ne se continuant pas avec le foramen cœcum.

Outre que la pyramide de Lalouette, vestige le plus constant du canal thyro-lingual, est parfois creuse, tous ceux qui se sont occupés de cette question et dont nous avons déjà cité les noms, ont assez souvent trouvé, au-dessous de l'os hyoïde, allant de cet os à la thyroïde médiane, un petit conduit analogue par son calibre, sa forme et sa structure, à celui que nous venons de décrire. His qui le désigne sous le nom de *ductus thyroïdeus* a montré que tantôt il se terminait au bord inférieur de l'hyoïde, auquel il adhéraient fortement, tantôt au contraire se continuait par un tractus fibreux qui s'appliquait contre la concavité de l'os, y contractait des adhérences, et pouvait être suivi plus ou moins haut, parfois même jusque dans la masse linguale.

L'opinion la plus généralement admise est qu'il n'existe aucune relation entre ces divers segments du canal thyro-lingual, au point de vue de leur persistance anormale, en d'autres termes, que la présence d'un canal de Morgagni-Bochdalek ne nécessite pas celle d'une pyramide bien développée ou d'un conduit thyroïdien. Des observations déjà nombreuses démontrent surabondamment que l'un peut exister sans l'autre.

Lorsque le conduit thyrogllosse persiste dans sa totalité, sa structure est absolument identique à celle qu'il présente durant la vie embryonnaire. Sa lumière, régulière en tous ses points, sans nulle anfractuosité, est tapissée d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles.

Lorsque l'un quelconque de ses segments persiste

seul, on voit en partir un certain nombre de diverticules dans lesquels se jettent de petits canalicules, analogues à des acini glandulaires, mais pourvus d'un épithélium cylindrique cilié; ces diverticules sont contenus dans l'épaisseur des tissus environnants, et leur longueur peut atteindre quatre ou cinq millimètres.

Cette sorte de prolifération des segments isolés du canal, prolifération qui, poussée à l'extrême, détermine la formation des thyroïdes accessoires dont nous avons déjà parlé, est peut-être, comme la persistance elle-même, le résultat d'une vascularisation plus grande qu'à l'état normal. Grâce à cette dernière, l'atrophie d'une partie du conduit, sa dégénérescence fibro-adipeuse, ne se produiraient point. Si gratuite que soit cette hypothèse, elle n'a cependant rien qui doive nous surprendre, et peut servir à expliquer les déviations du type évolutif normal du canal thyro-lingual.

RAPPORTS DU CANAL THYRO-LINGUAL.

La situation exacte du canal thyro-lingual est suffisamment établie dans les pages qui précèdent; aussi n'est-il pas nécessaire d'entrer ici en de longs détails anatomiques. Nous voulons simplement attirer l'attention sur les rapports de cet organe ou de ses vestiges avec le foramen cœcum d'une part, l'os hyoïde d'autre part, rapports qui ont été diversement décrits et interprétés par les auteurs qui se sont occupés de la question.

D'après Streckeisen, le tractus thyroglosse passe au devant de l'os hyoïde; la glande supra-hyoïde, dépendance de ce tractus, peut être enclavée secondairement dans l'hyoïde, et si la partie inférieure du tractus, le processus pyramidal ou pyramide de Lalouette, s'attache à la face postérieure de l'os, cela résulte d'un déplacement secondaire produit par le développement même de cet os.

En 1891, His démontra que les choses se passent en réalité de la façon suivante : avant la formation de l'os hyoïde, vers le milieu de la cinquième semaine, le tractus thyroglosse devient discontinu. Ce n'est qu'un peu plus tard, vers la fin de la cinquième semaine, que l'hyoïde paraît à l'état cartilagineux. La portion du tractus comprise entre

la base de la langue et l'os hyoïde est placée au-dessus et en avant de cet os; telle sera également la situation occupée par les glandes thyroïdiennes accessoires ou les kystes qui prendront naissance aux dépens de cette portion supérieure de l'ébauche médiane. La portion comprise entre le corps thyroïde et l'os hyoïde demeure au dessous et en arrière de ce dernier. Des restes du tractus, correspondant à sa partie moyenne, pourront être englobés dans la formation hyoïdienne, de telle sorte que les rapports étroits de la glande supra-hyoïde avec le périoste de l'os, existeront primitivement.

Cette façon de voir est à peu près celle de tous les embryologistes à l'heure actuelle, et Streckeisen lui-même semble s'y être rallié. Elle est d'ailleurs confirmée par les observations des chirurgiens qui ont eu l'occasion d'enlever des kystes sus ou sous-hyoïdiens. On trouvera cette disposition signalée dans la plupart de celles que nous publions plus loin. Nous avons eu la bonne fortune de la rencontrer en maintes circonstances dans les dissections que nous avons pu faire et étudier avec notre excellent ami, le Dr Chemin, prosecteur à la faculté de médecine de Bordeaux.

Le foramen cœcum, nous l'avons déjà dit, a été compris de diverses façons. Qu'on le considère avec His comme l'extrémité supérieure du canal thyro-lingual, ou avec Dursy comme un défaut de soudure entre les bourgeons linguaux lors de leur emboîtement, on admet généralement cependant, comme l'a établi l'éminent professeur de Leipzig, qu'il communique le plus souvent ou tout au moins présente des rapports étroits avec la partie sus-

hyoïdienne du conduit thyroïdienne. Cette opinion est considérée comme absolument fautive par Kanthack de Londres, qui publia en 1891, dans le *Journal of Anatomy*, un long article où il s'efforce de démontrer que les idées de His, de Streckeisen, de Bland Sutton, Marshall, etc., etc., doivent inspirer « la plus grande méfiance. »

Après avoir examiné 100 adultes et 60 fœtus, et pratiqué des coupes dans la langue d'un certain nombre d'entre eux, l'auteur anglais déclare : que le foramen œcum est bien loin d'être aussi constant qu'on semble le croire ; qu'il ne s'enfonce jamais à plus de un centimètre ; que toujours il se dirige d'avant en arrière et dans aucun cas de haut en bas ; qu'il n'est jamais revêtu d'épithélium cylindrique cilié ; qu'il est impossible dans des coupes de langues de rencontrer quelque chose de comparable à un conduit lingual, le septum étant uniquement constitué par du tissu adipeux et fibreux.

A la suite de ces conclusions, Kanthack formule les conceptions embryogéniques et pathogéniques suivantes : L'apparition de l'épaississement thyroïdien est antérieure à celle des ébauches postérieures de la langue, et celles-ci en se fusionnant le recouvrent comme d'un couvercle, de telle sorte que la glande thyroïde embryonnaire est située plus près du côté ventral que le foramen œcum. De plus, l'os hyoïde s'interpose entre les deux formations. Si donc une tumeur formée de tissu thyroïdien se trouve à la base de la langue, il ne faut pas faire remonter son origine au soi-disant canal lingual ; elle doit dépendre d'une glande thyroïde accessoire sus-hyoïdienne, comme celles qu'ont décrites Zückerkandl et

Kadyi. Les canaux linguaux persistants signalés par les chirurgiens ne sont que des persistances du sinus pré-cervical.

Avant d'émettre certaines de ces affirmations, avant surtout d'apprécier d'une façon aussi sévère les travaux de savants tels que His et Streckeisen, il eût été sage, nous semble-t-il, de faire des recherches beaucoup plus approfondies. Or, Kanthack semble n'avoir jamais examiné d'embryons, car, nulle part, dans son article, il n'est question d'une telle étude. Ses conceptions embryogéniques, simples vues de l'esprit, n'ont donc aucune valeur certaine. Au contraire, la coupe sagittale de l'embryon étudié par His démontre que l'ébauche cartilagineuse de l'os hyoïde, apparaissant vers la cinquième semaine, se développe au niveau de la partie moyenne du tractus thyroéoglosse.

Entre le fait démontré et l'hypothèse, est-il permis d'hésiter ?

Nous aimons à croire que Kanthack est sincère dans toutes ses conclusions. Mais de ce qu'on n'a jamais vu de canal dans l'épaisseur de la langue, est-il permis de conclure qu'un tel canal ne peut exister ? Sur 40 sujets examinés avec notre ami le Dr Chemin, nous en avons rencontré trois. Les deux premiers paraissaient indépendants du foramen; le troisième, qui se continuait par un tractus fibreux jusqu'à la pyramide de Lalouette, devait communiquer avec cet orifice par lequel on voyait sourdre une goutte de liquide colloïde lorsqu'on pressait la membrane hyoglossienne. L'examen histologique n'a mal-

heureusement pas permis de découvrir cette communication.

Que le canal thyro-lingual ait vraiment pour orifice le foramen cœcum ou qu'il vienne simplement s'aboucher à sa partie inférieure, la chose importe peu. L'essentiel est de reconnaître que les particularités anatomiques signalées par Morgagni et Bochdalek, vérifiées et expliquées par His et Streckeisen, sont exactes. La direction légèrement postérieure du foramen, sur laquelle insiste Kanthack, avait été signalée par ces auteurs qui avaient décrit en même temps les diverticules qui en partent et s'enfoncent dans l'épaisseur des génio-glosses.

S'il est vrai que le septum lingual présente souvent une constitution fibro-adipeuse, il n'est pas moins certain que dans nombre de préparations nous y avons vu des kystes, du tissu épithélial en filots, des cellules embryonnaires. A ce sujet, Chemin, s'exprime ainsi : « Indépendamment des cas de persistance notable du conduit, le septum médian de la langue peut acquérir un volume et une consistance plus considérables qu'à l'état normal. On trouve alors dans son épaisseur des formations particulières ; une série de kystes, le plus souvent verticalement juxtaposés, peut s'y montrer, écartant les fibres en Z du raphé. Ces kystes coexistent parfois avec des glandes sus-hyoïdiennes. Il se peut qu'ils se rattachent à l'ébauche thyroïdienne médiane ». Donc, ici encore, les conclusions de Kanthack sont beaucoup trop hâtives, beaucoup trop générales.

Quant à l'absence de l'épithélium cylindrique cilié dans les cas examinés par l'auteur anglais, elle ne prouve rien.

Ses recherches n'ont porté que sur le cadavre. Or on sait avec quelle rapidité s'altèrent de tels éléments anatomiques. Plus d'une fois nous en avons eu la preuve dans les préparations que nous avons pu examiner. Du reste, comme le fait très justement remarquer Chemin, « le foramen serait-il tapissé par un épithélium pavimenteux semblable à celui de la cavité buccale, que cela ne prouverait pas qu'il ne puisse représenter l'orifice du canal thyroéoglosse de l'embryon. Cet épithélium a pu se transformer avec l'âge. Mathias Duval n'a-t-il pas démontré que les cellules endothéliales du péritoine de la grenouille ne possèdent des cils qu'au moment de l'ovulation? La fonction fait donc l'épithélium ».

Beaucoup plus importants sont les caractères histologiques lorsqu'il s'agit d'expliquer la pathogénie de certaines tumeurs à tissu thyroïdien, situées à la base de la langue, de certains kystes tapissés d'épithélium cylindrique à cils vibratiles, précédés ou suivis d'un conduit présentant le même revêtement interne. Kanthack n'est vraiment pas heureux lorsqu'il invoque alors les thyroïdes accessoires décrites par Zückerkandl et Kadyi dans le premier cas, la persistance du sinus précervical dans le second. Les premières ne se comprennent qu'en admettant les idées de His et de Streckeisen sur le développement du corps thyroïde. Quant au sinus précervical, simple dépression de la paroi antéro-latérale du cou, dépression de nature absolument ectodermique, il ne présente ni la direction, ni la structure histologique d'un canal thyro-lingual persistant.

Donc, malgré la tentative de Kanthack, aucune objec-

tion sérieuse n'empêche de rattacher à l'évolution de l'ébauche thyroïdienne médiane le foramen cœcum, les thyroïdes accessoires, et ce que les chirurgiens décrivent sous le nom de persistance du conduit thyroéoglosse.

D'après Chemin, le trajet et les rapports du canal thyroéoglosse, lorsqu'il persiste, sont toujours à peu près les mêmes. Si fréquemment il semble ne pas partir du foramen cœcum, c'est que la partie sous-foraminale est la plus constamment oblitérée. Toutefois, la communication semble encore se faire dans certains cas à travers un tissu lacunaire assez analogue au tissu thyroïdien. De là, le canal descend dans le septum médian de la langue en décrivant une légère courbe à concavité antérieure, et atteint la membrane hyoglossienne dans l'épaisseur de laquelle il paraît compris. Dans la grande majorité des cas, il s'arrête au bord supérieur de l'os hyoïde. Quand il se continue, soit en conservant sa lumière, soit sous forme de tractus, jusqu'à la pyramide de Lalouette, il passe derrière l'hyoïde, et se trouve étroitement appliqué contre la concavité de l'os.

DEUXIÈME PARTIE

Observations fondamentales. Discussion pathogénique. Observations complémentaires.

I

OBSERVATIONS FONDAMENTALES.

OBSERVATION I

Kyste mucoïde de la base de la langue. Due à l'obligeance de notre excellent ami le Dr Sicard.

Au mois de mars 1895, Julie B..., âgée de sept ans, me fut amenée par sa mère, qui désirait avoir mon opinion sur une tumeur linguale que sa fillette présentait depuis un an environ.

Madame B... m'affirme qu'elle a toujours joui d'une excellente santé, qu'il en est de même de son mari, et que dans leurs deux familles, jamais rien de semblable n'a été observé. Elle a eu trois grossesses qui toutes

trois ont été parfaitement normales ; elle a toujours accouché à terme et dans d'excellentes conditions. Ses enfants sont tous vivants, bien constitués, en parfaite santé ; seule la petite Julie l'inquiète, car elle ne sait à quoi attribuer l'affection dont elle est atteinte.

Julie B... est une belle fillette, bien développée pour son âge. Elle n'a jamais eu, me dit sa mère, que de légères indispositions et, il y a deux ans, la coqueluche. En l'examinant attentivement, je ne trouve ni traces de cicatrices, ni engorgements ganglionnaires. A l'auscultation des poumons et du cœur, je ne trouve également rien. Nourrie au sein jusqu'à l'âge de quatorze mois, elle n'a jamais éprouvé de difficultés lors de la succion. Elle n'a jamais ressenti la moindre gêne dans la mastication et la déglutition ; lorsqu'elle a mangé. Elle a parlé un peu tard, il est vrai, vers l'âge de dix-huit mois environ, mais cette particularité n'a pas grande importance, car on la retrouve chez ses deux aînés.

Il y a un an, ses parents remarquèrent qu'elle déglutissait très fréquemment, et gardait souvent la bouche entr'ouverte, la pointe de la langue faisant légèrement saillie au dehors. Ne constatant absolument rien d'anormal dans sa bouche, ils supposèrent que l'enfant avait « un tic ». Ce n'est que depuis six mois environ qu'ils crurent s'apercevoir d'une augmentation dans le volume de la langue.

Aujourd'hui, la bouche est entr'ouverte, et la langue qui fait saillie entre les arcades dentaires légèrement déviées, peut cependant, lorsque l'enfant le veut, être ramenée en arrière. On ne constate aucun trouble de la respiration. La déglutition s'effectue d'une façon à peu près normale, mais la mastication est assez pénible et s'opère très lentement. La phonation paraît troublée, car l'enfant parle très lentement et souvent d'une façon peu distincte.

A l'examen de la langue, lorsque la bouche est largement ouverte, on constate que la pointe de l'organe a conservé ses caractères normaux, tandis que sa partie postérieure a notablement augmenté de volume. Exactement sur la ligne médiane, à peu près au niveau du foramen cœcum, on voit une saillie de la grosseur d'une amande environ. Des deux côtés de cette saillie, les bords de la langue ont peut-être une épaisseur un peu plus grande que normalement, mais cette épaisseur n'est pas plus prononcée d'un côté que de l'autre.

En cherchant à se rendre compte de la consistance de cette tumeur, on pouvait constater qu'elle était assez molle et paraissait fluctuante en tous ses points. Le doigt appuyé fortement à sa surface n'y laissait aucune dépression persistante. Durant toutes ces manœuvres, la fillette n'accusait aucune douleur.

La tumeur me paraissant trop profondément située pour s'être développée dans l'une des glandes muqueuses de la langue, je pensai à un kyste dermoïde ou mucoïde. Ces kystes récidivant à coup sûr lorsqu'on ne les extirpe pas complètement, je proposai à Mme B... une petite opération. Mais elle n'en voulut à aucun prix, resta sourde à toutes les raisons que j'essayai de lui faire valoir, et me supplia de tenter autre chose pour la guérison de son enfant. Ne pouvant faire mieux, je proposai alors de pratiquer une ponction, sans cependant promettre le succès. Après bien des hésitations encore Mme B... y consentit.

Avec une seringue de Roux, je retirai quelques grammes d'un liquide absolument semblable à du mucus et ne paraissant pas aéré. La tumeur s'étant affaissée après l'issue de cette petite quantité de liquide, j'y injectai quelques gouttes de naphthol camphré. Depuis, je n'ai pas revu Julie B... Mais il est fort probable que sa tumeur linguale a récidivé.

Examen du liquide. — En examinant au microscope le liquide retiré de ce petit kyste, je vis qu'il tenait en suspension un certain nombre de leucocytes, de rares hématies, quelques granulations amorphes, et surtout des cellules épithéliales cylindriques. Ces dernières étaient en très grand nombre, et on en trouvait dans toutes les préparations. L'une de leurs extrémités paraissait effilée, tandis que l'autre présentait un plateau peu épais, finement strié. Très rapproché de l'extrémité effilée, le noyau était fortement coloré par le picro-carmin. D'un certain nombre de ces cellules se détachaient des prolongements extrêmement ténus, qui étaient probablement des cils vibratiles.

OBSERVATION II

Kyste mucoïde canaliculé de la région sus-hyoïdienne. Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Princeteau, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine, chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux.

L... est une belle jeune fille de seize ans, qui ne présente aucun antécédent ni personnel ni héréditaire. A l'âge de sept ans, elle s'est aperçue qu'elle portait une petite tumeur de la grosseur d'un pois dans la région sus-hyoïdienne, sur la ligne médiane, à trois centimètres en arrière de la symphyse du menton, c'est-à-dire, à peu près à égale distance de cette symphyse et du bord supérieur de l'os hyoïde. Cette petite tumeur enlevée par deux médecins de campagne, il y a de cela cinq ans, a récidivé presque aussitôt. Aujourd'hui, cette jeune fille se présente à nous avec une cicatrice difforme et transversale du milieu de laquelle émerge une tumeur rougeâtre du volume d'une cerise. La surface de cette grosseur

est recouverte par des plaques desséchées et imbriquées d'épithélium. Ces plaques enlevées ne permettent pas d'apercevoir le moindre orifice, ni de constater le plus léger suintement. Une piqûre pratiquée au milieu de cette petite tumeur avec une aiguille très propre, provoque l'issue de deux ou trois gouttelettes d'un liquide clair et légèrement visqueux. Si l'on cherche à se rendre compte des connexions profondes de la saillie qui existe au-dessous du menton, on s'aperçoit qu'elle doit être reliée à la base de la langue ou à la face antérieure de l'épiglotte. Lorsqu'on saisit, en effet, entre l'index et le pouce, toute l'épaisseur des parties molles qui constituent le plancher de la bouche au-dessus de la petite tumeur qui débordé la surface cutanée de la région sus-hyoïdienne, on sent très nettement un tractus fibreux, ou pour mieux dire, comme un pédicule qui s'enfonce profondément vers la base de la langue. Si pendant qu'on accomplit cette manœuvre, on ordonne à la malade d'exécuter un mouvement de déglutition, on s'aperçoit que les doigts, ainsi que la tumeur qu'ils embrassent, sont attirés en haut.

C'est sur ces données qu'est établi le diagnostic de kyste congénital récidivé de la région sus-hyoïdienne, avec adhérences à la base de la langue.

L'opération est pratiquée quelques jours après l'admission de la malade. Elle consiste en deux incisions transversales curvilignes, destinées à circonscrire l'ancienne cicatrice ainsi que la petite tumeur qui la surmonte. Ce premier pas fait, M. le professeur Demons dénude avec le plus grand soin la tige fibreuse qui s'enfonce dans le plancher de la bouche et la poursuit en la disséquant avec l'extrême pointe des ciseaux jusqu'à son extrémité libre, à travers les muscles mylo-hyoïdiens, génio-hyoïdiens et génio-glosses, dans l'épaisseur desquels elle venait se perdre. Le résultat de l'opération est un véritable puits creusé de bas en haut et d'avant en

arrière, dans la région sus-hyoïdienne. Par l'ouverture qui reçoit l'extrémité de l'index, on peut assez facilement aller sentir la face antérieure du fibro-cartilage de l'épiglotte. L'opération terminée, on fait la suture au crin, à l'aide de quatre points superficiels, et l'on met un tout petit drain. Les choses se passent admirablement bien après l'opération; la tête est maintenue par un bandage approprié dans la demi-flexion pour éviter tout tiraillement sur les sutures.

Deux jours après le petit drain est retiré, et le quatrième jour qui suit l'opération, les points de suture sont enlevés. Les pansements sont continués pendant dix jours encore, mais la réunion est parfaite et ne fait qu'achever de se consolider. Pendant toute cette période, la température a été absolument normale.

La malade qui depuis, est revenue se montrer à la clinique, semble complètement guérie.

Examen des pièces anatomiques. — Les parties enlevées consistent en un fragment cicatriciel qu'accompagne la petite tumeur mollassse, de la grosseur d'une cerise environ, que nous avons déjà décrite. La face profonde de cette tumeur est en continuité avec une petite tige d'apparence et de consistance fibreuses. La longueur de cette tige est de vingt-trois millimètres et son épaisseur de cinq millimètres environ.

Examen histologique. — Cette pièce immergée dans l'alcool absolu immédiatement après son extirpation, est soumise à des coupes méthodiques après durcissement convenable. Il nous est permis de constater une structure tout à fait différente suivant les points examinés. Les résultats fournis par l'examen des coupes de la tumeur sont tout à fait différents de ceux que nous offrent les coupes transversales et longitudinales de la tige dans

toute sa hauteur. Aux deux portions principales de la pièce qui nous occupe répondent donc deux dispositions histologiques différentes.

Les coupes de la portion qui se trouvait en saillie en dehors de la peau démontrent que la surface est tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié analogue à celui du revêtement cutané. Cet épithélium envoie des prolongements nombreux, d'épaisseur et de longueur variables dans l'intimité du stroma, lequel est constitué par du tissu conjonctif embryonnaire en majeure partie. A côté du tissu embryonnaire se trouvent quelques fibres de tissu conjonctif adulte, et l'on observe, irrégulièrement disséminées dans le stroma, des lacunes sans paroi propre, remplies de globules sanguins. Dans le voisinage de la surface épithéliale et venant s'y ouvrir, on peut remarquer sur la coupe, deux ou trois grosses glandes sébacées dont les cellules glandulaires gorgées de matière granulo-graisseuse laissent à peine entrevoir leur noyau.

Les coupes de la tige dans toute sa hauteur révèlent l'existence de neuf à dix canalicules de dimensions diverses et de structure semblable. Ces canalicules qui se rapprochent ou s'éloignent les uns des autres suivant les points où a porté la coupe, sont plongés dans un tissu qui présente des caractères nettement différenciés. C'est du tissu connectif très dense au milieu duquel on aperçoit la coupe transversale de nombreuses fibres musculaires striées. Quelques-unes de ces fibres très fines se présentent suivant leur axe longitudinal. Quant aux conduits dont nous avons parlé, il en existe deux assez volumineux. Ils sont situés dans un plan plus ou moins central par rapport à l'axe de la tige fibreuse et se rapprochent ou s'éloignent l'un de l'autre suivant les coupes. La paroi de tous ces conduits est formée par des lamelles concentriques de tissu conjonctif, divisées en deux couches. La couche la plus externe est formée de lamelles

assez épaisses et assez fortement colorées par le picrocarmin. La couche interne est formée de lamelles très fines sur lesquelles la matière colorante a imprimé une couleur à peine rosée.

La lumière de ces conduits est presque tout entière remplie par un épithélium de forme et d'aspect particuliers. Les cellules sont petites, transparentes, et pourvues d'un noyau petit, mais très net et assez fortement coloré.

Ces cellules ont un aspect différent suivant le plan dans lequel les a saisies la coupe histologique. En certains points, probablement couchées les unes contre les autres, soit par le durcissement de la préparation, soit par la pression du microtome, elles ont été prises perpendiculairement à leur grand axe et se présentent sous la forme de petites cellules polyédriques stratifiées à trois ou quatre couches et forment une mosaïque des plus régulières. En d'autres points, au contraire, où les cellules ont été prises parallèlement à leur grand axe, on voit des cellules allongées dont la petite extrémité est tournée du côté de la paroi et la grosse du côté de la lumière du conduit. Ces cellules, comme les précédentes, sont très claires et ont leur centre occupé par un noyau allongé. A la surface libre de toutes ces cellules, il existe un piqueté assez abondant de granulations très fines et colorées qu'il faut considérer à cause de sa régularité comme des cils vibratiles altérés et brisés par la préparation.

De cet examen il faut donc conclure que nous avons affaire à un kyste mucoïde congénital canaliculé de la région sus-hyoïdienne, avec pédicule se perdant dans la base de la langue.

OBSERVATION III

Kyste mucoïde thyro-hyoïdien. Rédigée d'après les notes fournies par M. G. Liaras, interne des Hôpitaux, et l'examen histologique pratiqué par M. le Dr G. Carrière, chef de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Marie X..., âgée de 19 ans, se présente à l'hôpital Saint-André le 10 septembre 1895, pour être débarrassée d'une petite tumeur siégeant à la partie antérieure du cou, et est admise dans le service de M. le Dr Dudon.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne trouve rien à signaler. Ses parents ont toujours joui d'une excellente santé, et aucun des membres de sa famille n'a jamais présenté de tumeur analogue. Elle-même n'a jamais été malade, et paraît absolument indemne de syphilis ou de tuberculose. Grande et forte, elle a toutes les apparences de la santé la plus robuste.

Il y a un an environ, elle s'aperçut de la présence au-devant de son cou d'une petite tumeur, grosse à peu près comme un pois, et roulant sous la peau. Peu à peu cette tumeur s'est développée, et c'est cette augmentation progressive de volume qui l'inquiète et la détermine à réclamer les secours de la chirurgie.

On trouve, en effet, immédiatement au-dessous de l'os hyoïde, dans l'espace thyro-hyoïdien, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur dont les dimensions rappellent à peu près celles d'une noix. Au-dessus d'elle, la peau qui a conservé ses caractères normaux, est absolument mobile.

Cette tumeur qui accompagne le larynx dans les mouvements de déglutition, a une consistance un peu molle, et ne paraît pas très manifestement fluctuante. Saisie

entre le pouce et l'index, elle peut être mobilisée dans le sens latéral, mais il est absolument impossible de l'élever ou de l'abaisser.

La malade affirme que durant toutes ces manœuvres elle n'éprouve aucune douleur, et que d'ailleurs, sa tumeur a toujours été absolument indolente. Jamais elle n'a éprouvé la moindre gêne de la respiration, de la déglutition et de la phonation. La difformité seule qui résulte de la présence de cette tumeur en une région aussi découverte l'ennuie et lui fait désirer une prompte guérison.

M. le professeur agrégé Princeteau, suppléant en ce moment M. le Dr Dudon, porte le diagnostic de kyste thyro-hyoïdien développé aux dépens de la pyramide de Lalouette.

La malade étant endormie et toutes les précautions antiseptiques prises, M. le Dr Princeteau pratique une incision verticale occupant le milieu de la tumeur et dépassant légèrement ses limites supérieures et inférieures. Arrivé sur les muscles sterno-hyoïdiens il les écarte, et aperçoit alors la tumeur, qui présente un aspect blanc jaunâtre et absolument lisse, et de forme tout-à-fait régulière. L'énucléation tentée à ce moment, ne peut être obtenue, et M. Princeteau constate que du sommet de la tumeur part une sorte de tractus fibreux, véritable pédicule très court, qui va s'insérer sur le bord inférieur de l'os hyoïde. Cette insertion est soigneusement détachée en rasant absolument la surface de l'os, et il est alors possible d'abaisser la tumeur et de la détacher du plan sous-jacent, sans cependant l'enlever complètement, car elle semble adhérer par sa partie inférieure aux tissus environnants. Portant son attention de ce côté, l'opérateur reconnaît bientôt que cette adhérence n'est autre chose qu'une continuité parfaite de la paroi de la tumeur, avec la pyramide de Lalouette, de telle sorte que cette dernière semble s'être dilatée à sa partie supérieure

pour constituer le kyste en présence duquel on se trouve. Une ligature au catgut placée immédiatement au-dessous du kyste, sur la pyramide, cette dernière est sectionnée et le kyste enlevé. Pendant ces diverses manœuvres, la paroi de ce dernier ayant été perforée, on vit s'écouler un liquide séro-sanguinolent au milieu duquel se trouvaient quelques granulations qui malheureusement n'ont pu être examinées.

L'hémostase rapidement et soigneusement faite, M. Princeteau sutura les tissus profonds au catgut, la peau au crin de Florence, et appliqua sur la plaie un pansement antiseptique.

Les suites opératoires furent excellentes ; la température demeura normale, et dix jours après, la ligne d'incision était complètement cicatrisée.

Examen histologique. — Placé dans l'alcool absolu immédiatement après son extirpation, ce kyste nous fut remis par M. Liaras que M. le professeur agrégé Princeteau avait instruit de nos travaux sur cette question. Notre ami, M. le Dr G. Carrière, chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine, qui plus d'une fois nous a fait profiter de ses grandes connaissances en anatomie pathologique, voulut bien en faire l'examen microscopique et nous communiquer les notes nécessaires pour compléter cette très intéressante observation.

Vues à un faible grossissement, les préparations colorées par le procédé à l'hématéine alunée-éosine, présentent à considérer une cavité et une paroi. Cette dernière est constituée par une couche de tissu fibro-conjonctif ondulé, renfermant des cellules embryonnaires à noyau fortement coloré et des vaisseaux volumineux, remplis de sang, à parois normales. Au fur et à mesure qu'on se rapproche de la cavité du kyste, les éléments fibro-conjonctifs sont plus tassés, plus serrés les uns contre les autres,

et l'on distingue dans cette couche quelques fibres musculaires lisses à noyaux très énergiquement colorés. De distance en distance, dans l'épaisseur de cette paroi, on trouve des cavités lacunaires séparées par de minces tractus conjonctifs, et renfermant de nombreux globules sanguins. On trouve ces cavités jusqu'au voisinage intime de la paroi épithéliale qui tapisse la cavité interne du kyste. En certains points même, ces cavités soulèvent la paroi interne en formant une sorte de bourrelet, et à ce niveau les tractus conjonctifs qui les séparent renferment des cellules embryonnaires à noyaux très vivement colorés. Le revêtement interne est constitué par un épithélium qui tantôt est stratifié, c'est-à-dire se présente sous plusieurs couches, tantôt est simple, c'est-à-dire constitué par une seule couche d'éléments cellulaires. Dans tous les cas, ce revêtement interne est très énergiquement coloré, et on distingue très nettement les noyaux des cellules qui le constituent.

A un fort grossissement, la paroi se montre constituée par des cellules conjonctives à noyau allongé, suivant le type ordinaire et par des fibres musculaires lisses. Quant au revêtement interne, de deux choses l'une, ou bien l'épithélium qui le constitue est formé de plusieurs couches de cellules cylindriques ou cylindro-cubiques, dont le noyau est très fortement coloré, tandis que le protoplasma ne l'est que faiblement, ou bien il est formé par une seule couche de cellules nettement cylindriques. Dans tous les cas, la couche la plus interne est toujours cylindrique.

La cavité absolument anfractueuse, présente de nombreux diverticules. Le plus souvent, son contenu a disparu. De distance en distance cependant, on en trouve des restes constitués par des hématies déformées, des leucocytes, des cellules épithéliales desquamées. Ces dernières sont toujours parfaitement limitées.

Les préparations colorées par l'hématéine alunée acide picrique sont plus nettes par ce fait que les éléments cellulaires y apparaissent plus distinctement. La paroi présente les caractères déjà décrits. Le revêtement interne est très nettement constitué en certains points par deux sortes de cellules ; les unes, reposant sur la paroi, sont arrondies ou cubiques ; les autres, les plus rapprochées de la cavité, sont cylindriques et présentent même une sorte de plateau duquel semblent émerger, lorsqu'on fait varier le point, des prolongements filiformes, extrêmement ténus, ressemblant à des cils vibratiles.

Examiné avec un objectif à immersion, cet épithélium apparaît très nettement cylindrique, et présente de distance en distance des cils vibratiles absolument caractéristiques.

De cet examen, il est permis de tirer les conclusions suivantes : Ce kyste est formé par une paroi fibro-conjonctive renfermant quelques fibres musculaires et de nombreux vaisseaux. Cette paroi est tapissée intérieurement par un épithélium cylindrique stratifié en certains endroits, simple en d'autres, duquel se détachent des cils vibratiles. Le contenu de ce kyste renferme des hématies, des leucocytes et des cellules cylindriques ciliées, détachées de la paroi.

OBSERVATION IV

Kyste de la pyramide de Lalouette. Due à M. le Dr L. O'zoux, chef de clinique chirurgicale infantile de la faculté de Médecine de Bordeaux.

Au mois de février 1895, M. D..., conduisit à ma consultation son fils Henri, qui présentait à la partie anté-

rieure du cou une tumeur dont le volume atteignait à peine celui d'une noisette.

Henri D..., âgé de six ans, a toujours eu, me dit son père, une excellente santé. Il est né à terme et dans de très bonnes conditions. Durant tout le cours de sa grossesse, sa mère n'a jamais eu la moindre indisposition. Nourri au sein, il a marché et parlé de bonne heure.

Dans les antécédents de M. D..., et dans ceux de sa femme, je ne relève aucune tare. Du côté de la tuberculose aussi bien que de la syphilis, mes investigations restent infructueuses. De plus, M. D... m'affirme qu'aucun membre, soit de sa famille, soit de celle de sa femme, n'a jamais présenté de tumeur analogue. Six mois à peine se sont écoulés depuis qu'il a remarqué au devant du cou de son enfant, « un petit point dur qui roulait sous la peau » lorsqu'on y appuyait le doigt. Fréquemment le petit Henri y portait la main et prenait plaisir « à sentir courir cette petite boule ». Ses parents, pensant à la présence « d'une glande », y pratiquèrent des onctions quotidiennes à la pommade camphrée. Mais la tumeur augmentant peu à peu, ils se sont décidés à demander l'avis d'un médecin.

Je vois en effet, à la partie antérieure du cou, au-dessous du cartilage thyroïde, à peu près au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, une petite tumeur, grosse environ comme une noisette, et paraissant située immédiatement sous la peau. Cette dernière, qui présente en ce point sa coloration normale, est absolument mobile au-dessus de la tumeur. Si l'on prend celle-ci entre les doigts, on peut lui imprimer des mouvements de latéralité. Mais elle est absolument immobile dans le sens vertical, et on ne peut ni l'élever ni l'abaisser. Ne pouvant m'expliquer ce dernier caractère que par des adhérences supérieures et inférieures, je dirige mes recherches dans ce sens. En bas, je ne trouve absolument rien. Mais de la partie supérieure, semble partir un petit pédicule qui, grâce à

sa consistance, peut être suivi, et semble remonter au devant du cartilage thyroïde. Au niveau de la base de l'os hyoïde, je perds sa trace, et malgré une palpation très attentive, je ne puis le suivre plus loin.

Par sa consistance, cette tumeur me paraît plutôt liquide que solide. Il m'est impossible d'y découvrir une fluctuation bien franche, mais j'y trouve une certaine rénitence.

L'examen général du jeune D... ne me révèle absolument rien. Nulle part, je ne trouve le moindre engorgement ganglionnaire. Le poumon et le cœur fonctionnent normalement. D'ailleurs, l'enfant a toutes les apparences d'une santé robuste.

Pensant à un kyste, mais ne sachant exactement s'il était dermoïde ou mucoïde, je proposai à Monsieur D... d'en pratiquer l'extirpation. L'opération fut acceptée, et rendez-vous pris pour le lendemain.

L'anesthésie obtenue très rapidement à l'aide du chloroforme, je fis une incision verticale dépassant légèrement les limites supérieures et inférieures de la tumeur. Après avoir traversé la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose, je tombai sur une masse arrondie, d'aspect blanc-jaunâtre, faisant saillie entre les deux petits muscles sterno-hyoïdiens qui paraissaient rejetés sur les côtés. Abandonnant l'instrument tranchant, je cherchai avec les doigts à énucléer la tumeur. Je pénétrai facilement au-dessous d'elle, constatant qu'il n'existait aucune adhérence en ce point ; mais en haut et en bas, je sentis un petit cordon dur, résistant, qui la maintenait fixée dans le sens vertical. Agrandissant alors mon incision, j'arrivai en bas, sur la pyramide de Lalouette, qui se continuait directement avec la tumeur. Après avoir placé une ligature au-dessous de celle-ci, je sectionnai la pyramide vers son sommet. Il me fut alors facile de relever la petite tumeur qui n'était plus fixée qu'à sa partie supérieure. De ce côté existait un pédicule ayant toutes les apparences d'un cor-

don fibreux ; grâce à une dissection attentive, je pus le suivre jusqu'à l'os hyoïde auquel il adhérait si fortement, que j'eus pour l'en détacher, raser absolument la surface de l'os.

Durant toute l'opération, qui dura à peine vingt minutes, l'hémorrhagie fut insignifiante. Aussi l'hémostase fut-elle promptement assurée, et n'eus-je pas besoin de laisser un drain dans la plaie. Après quelques points de suture, j'appliquai un pansement salolé.

Les suites de l'opération furent excellentes, et à aucun moment je ne constatai la moindre élévation de température. Cinq jours après, lorsque j'enlevai le premier pansement et les points de suture, la réunion était complète.

Revu tout dernièrement, Henri D... ne présente aucune récidue, et sa cicatrice est à peine visible.

Examen de la pièce. — Lorsque je sectionnai la tumeur pour la mettre dans l'alcool, il s'en écoula un liquide d'apparence muqueuse, légèrement sanguinolent, que je ne pus malheureusement examiner au microscope.

Des coupes de la tumeur, pratiquées à diverses hauteurs, m'ont permis de faire les constatations suivantes :

1° Le pédicule supérieur est constitué par du tissu fibreux.

2° Dans le pédicule inférieur, on retrouve tous les caractères du tissu thyroïdien.

3° La paroi de la cavité kystique est constituée par une couche externe de tissu connectif ou élastique, que tapisse intérieurement un épithélium cylindrique à noyau très vivement coloré. Quelques-unes de ces cellules cylindriques présentent un plateau finement strié. D'autres, présentent des prolongements extrêmement grêles qui ne peuvent être considérés que comme des cils vibratiles.

II

DISCUSSION PATHOGÉNIQUE.

Ce qui frappe le plus, à la lecture des observations qui précèdent, c'est la similitude presque parfaite qui existe entre les tumeurs dont elles relatent l'histoire, tant au point de vue de la nature de leur contenu qu'à celui de leur structure histologique. Kyste de la base de la langue, kyste sus-hyoïdien, kyste thyro-hyoïdien et kyste crico-thyroïdien, tous quatre renferment un liquide plus ou moins muqueux, plus ou moins sanguinolent, et sont intérieurement tapissés par un épithélium cylindrique cilié. Ces caractères, le dernier surtout, révèlent une telle parenté entre ces productions morbides, qu'on ne saurait un seul instant songer à leur attribuer une origine différente suivant leur situation. Mais s'il est évident que ces divers kystes relèvent d'un seul et même processus pathogénique, ce dernier ne nous apparaît pas très clairement. Aussi est-ce à l'établir que tendront tous nos efforts.

Croire que ces tumeurs se sont développées spontanée-

ment et de toutes pièces dans le tissu cellulaire, n'est pas possible. Ce serait revenir à la vieille théorie de l'hétérotopie plastique, si brillamment soutenue par Lebert, mais reconnue fausse depuis nombre d'années déjà. « Dire que des tissus aussi complexes que la peau et une muqueuse naissent spontanément dans une région, a écrit Cusset, ce n'est pas dire pourquoi ils y naissent. Cette loi, en expliquant une chose obscure par une autre plus obscure encore, ne sert qu'à cacher notre ignorance. »

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons émettre que les deux hypothèses suivantes : ou bien ces tumeurs congénitales sont le résultat d'un enclavement épithélial qui, durant la vie embryonnaire, se serait produit plus ou moins haut, suivant le cas, à la partie médiane et antérieure du cou ; ou bien, elles se sont développées aux dépens d'un organe creux ou canaliculé, normalement ou accidentellement clos, existant à la fois à la base de la langue, au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde.

Les notions d'embryogénie que nous rappelons au début de ce travail, nous permettent d'écarter résolument la première de ces hypothèses. Très admissible au temps où l'on croyait à la présence des fentes branchiales, elle paraît définitivement condamnée par les idées actuelles sur ces diverses formations des premières phases de la vie intra-utérine. Il est difficile, en effet, de s'expliquer la production d'un enclavement quelconque, en cette région antérieure du cou où n'existent même pas de sillons branchiaux, où les trois feuillets du blastoderme per-

sistent avec leur épaisseur normale, pour constituer le champ méso-branchial.

L'examen de la seconde nous conduit à rechercher quels sont les organes de la nature de ceux dont nous avons parlé, qui se trouvent à la fois à la base de la langue, au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde.

Les premiers qui viennent à l'esprit sont les bourses séreuses de Fleischmann, de Verneuil et de Boyer. La première, remarquablement décrite par Tillaux, admise par la plupart des auteurs allemands, surtout par Frerichs et Weber, est cependant révoquée en doute par Bertherand, Malgaigne, Virchow, Sappey, Michel (de Nancy), Richet, Suzanne (Th. de Bordeaux, 1886-1887), qui n'ont trouvé à la place occupée par cette bourse que des espaces lacunaires, creusés artificiellement dans le tissu cellulaire, parfois entre les deux génio-glosses, mais sans parois propres et sans revêtement épithélial. La seconde, située au-dessus de l'os hyoïde, entre les génio-glosses et les génio-hyoïdiens, a été décrite par Verneuil comme très inconstante, et peut-être même comme une simple cavité accidentelle. La troisième, située au-devant du cartilage thyroïde, où on la rencontre toujours, serait donc la seule dont l'existence est absolument certaine.

Quoiqu'il en soit d'ailleurs, de ces points d'anatomie, la bourse de Fleischmann est située au-dessous de la pointe de la langue, et non comme notre première tumeur dans l'épaisseur même de la base. Si l'on considère en outre que la face interne de ces diverses bourses séreuses est revêtue d'un épithélium pavimenteux, on comprendra

qu'elles ne peuvent donner naissance à des kystes tapissés intérieurement de cellules cylindriques ciliées.

Les bourses séreuses écartées, que penser du rôle joué dans la genèse de ces kystes, par les glandes qu'il est possible de rencontrer dans ces diverses régions?

L'organe glandulaire signalé par Blandin, et à la description duquel Nuhn s'est longuement arrêté, siègerait d'après cet auteur, à la pointe de la langue, entre la muqueuse et le plan musculaire formé par le stylo-glosse et le lingual inférieur. Il serait constitué par deux glandes symétriques, mesurant de quinze à vingt millimètres de longueur sur sept à huit de largeur et quatre à cinq d'épaisseur. Ces glandes s'ouvrent par cinq orifices à la face inférieure de la langue, non loin de la pointe. Des anomalies peuvent se rencontrer ici comme ailleurs, et Ward a parfois vu cet organe formé par une seule masse placée transversalement sous la muqueuse, à la pointe. Comment dès lors songer sérieusement à faire dépendre de cette glande une tumeur située si profondément dans la base même de la langue?

La même objection s'applique parfaitement au groupe glandulaire décrit par Klein, en raison de sa situation sur le bord latéral de la langue, en dehors du styloglosse.

Dans un mémoire présenté à la Société Anatomique de Paris en 1885, E. Chaslin rapporte l'observation d'une tumeur linguale absolument semblable à celle que nous étudions, et lui attribue une origine glandulaire. Il est difficile d'admettre une telle hypothèse, en raison de la situation superficielle des glandes muqueuses qui se rencontrent au voisinage du V lingual.

Quant aux glandes que l'on trouve au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde, glandes salivaires, sébacées, sudoripares, elles ne peuvent non plus avoir donné naissance aux tumeurs dont il est question dans les trois dernières observations qui précèdent. Les collections liquides qui prennent naissance dans les premières font d'abord saillie sur le plancher buccal, et si parfois elles apparaissent à la région sus-hyoïdienne, ce n'est que secondairement, après avoir pendant un temps plus ou moins long, manifesté leur présence sous la muqueuse. Les kystes sébacés, situés dans l'épaisseur même de la peau, y sont en quelque sorte enchâtonnés, ne roulent pas sous elle, et renferment un contenu tout spécial.

De plus, la structure histologique de toutes les glandes que nous venons de passer en revue diffère absolument de celle des poches kystiques qui nous occupent ; c'est là une raison plus que suffisante pour affirmer qu'elles n'ont pu donner naissance à de telles tumeurs liquides.

Doit-on admettre que ces dernières se sont développées aux dépens de ganglions lymphatiques ? Mais s'il existe des ganglions au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde, nous n'en connaissons pas dans l'épaisseur de la base de la langue ; de plus, ceux de la région sous-hyoïdienne, bien décrits par M. Poirier, sont situés au-devant de la membrane crico-thyroïdienne ; l'espace thyro-hyoïdien n'en renferme point. Excellentes raisons, qui permettent de rejeter l'idée de l'origine ganglionnaire des kystes que nous étudions. La structure histologique de ces der-

niers diffère essentiellement, d'ailleurs, de celle des tumeurs liquides des ganglions, si tant est que ces tumeurs existent.

Les organes que nous venons d'examiner sont les seuls susceptibles de se transformer en cavités kystiques, qui existent normalement dans les régions où siègent les tumeurs dont nous recherchons l'origine. Les ayant successivement éliminés, nous sommes naturellement porté à nous demander si ces productions morbides n'auraient pas pris naissance dans des organes anormaux, thyroïdes accessoires et restes du canal thyro-lingual, dont nous connaissons l'existence relativement fréquente à la base de la langue et à la partie antérieure du cou. Tous deux, l'embryologie nous l'apprend, sont dus à des anomalies de développement, sont intimement liés l'un à l'autre, et coexistent souvent avec leurs caractères histologiques propres, caractères qu'il est toujours facile de reconnaître au microscope et de séparer nettement. Dans les cas qui nous occupent, les follicules thyroïdiens manquent autour des kystes. Mais par leur situation sur la ligne médiane du cou et de la base linguale, par la présence sur leur paroi interne d'un épithélium cylindrique cilié, par leurs connexions avec les muscles de la langue, l'os hyoïde, la pyramide de Lalouette, ces derniers rappellent de tous points les caractères ordinaires des divers segments du canal thyro-lingual. Aussi croyons-nous que c'est aux dépens de l'un quelconque de ces segments, situé plus ou moins haut suivant le cas, qu'ils se sont développés. Seule cette façon de voir donne une explication rationnelle et suffisante des liens étroits de parenté

que présentent des tumeurs nées en des régions aussi diverses. Toutes quatre peuvent et doivent être rangées sous cette seule et même étiquette : *kystes du canal thyro-lingual*.

Ceux qui, pour faire échec à cette théorie pathogénique, invoquent la persistance du *sinus précervical*, semblent oublier que ce sinus n'existe qu'à la partie tout à fait supérieure du cou, ne remonte pas dans la langue, n'empiète pas sur le champ méso-branchial ; qu'il présente une direction transversale et non verticale ; que surtout enfin, étant de nature ectodermique, il est revêtu d'un épithélium pavimenteux et non d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Aussi n'est-il pas nécessaire de discuter longuement une telle opinion. Nous ne la signalons que pour être complet.

III

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES.

OBSERVATION I

Bochdalek. Citée par Haeckel. In *Archiv. für klin. chir.*, p. 614, XLVIII. 3.

Kyste de 9 lignes, situé dans la partie postérieure du muscle génio-glosse droit, revêtu intérieurement d'un *épithélium cylindrique à cils vibratiles*.

OBSERVATION II

Neumann. *Archiv. für klin. chir.*, 1877, p. 825.

Homme de 52 ans, portait depuis sa naissance une tumeur qui n'a pris un accroissement rapide, notable, que depuis ces dernières années. En dernier lieu, elle avait atteint un tel volume, que la langue était repoussée vers le pharynx et qu'il existait une grande gêne de la parole et de la déglutition. A l'inspection de la bouche, on ne voyait pas la langue; à sa place se trouvait une tumeur fluctuante, qui faisait une forte saillie dans la bouche. On

excisa une petite partie de la paroi antérieure de la tumeur, qui était recouverte par la muqueuse buccale. Ce fragment examiné avait les caractères suivants : on distingue nettement la paroi propre du kyste et la muqueuse. Du tissu cellulaire lâche les unit; il s'y trouve un fragment de couche musculaire mince.

La muqueuse est normale; seules, les glandes de cette muqueuse sont peut-être un peu plus développées que d'ordinaire. Quant à la paroi du kyste, elle est plus rétractée que la muqueuse, grâce aux nombreuses fibres élastiques qui la composent. Elle apparaît comme une membrane de un millimètre d'épaisseur, assez résistante, de couleur pâle. Sa surface interne est plissée, molle, blanchâtre. L'examen microscopique fut fait sur une préparation fraîche et sur une préparation durcie à la liqueur de Müller et à l'alcool. Il montre qu'un *épithélium vibratile* tapisse la surface libre de la membrane. Il est constitué principalement par des cellules de forme conique, dont l'extrémité profonde se termine par deux ou plusieurs prolongements, entre lesquels se trouvent des amas de cellules arrondies. Les cils reposent sur un plateau très net. Les noyaux cellulaires sont ovales, allongés. Au-dessous de l'épithélium se trouve une basement-membrane, qui unit à une mince membrane sous-jacente, et composée d'un reticulum de fibres élastiques, se laisse détacher de la partie fibreuse de la paroi du kyste. Cette partie fibreuse est composée de faisceaux, de fibres résistantes, unies à quelques rares éléments cellulaires, et d'une couche externe dans laquelle les faisceaux conjonctifs forment un tissu irrégulier et lâche. De nombreux vaisseaux parcourent cette dernière couche, qui contient aussi des amas de cellules lymphoïdes paraissant suivre les vaisseaux. Le contenu du kyste ne présenta rien de particulier à l'examen microscopique.

OBSERVATION III

Kyste séreux de la langue. Lannelongue. In thèse Géhé. Paris, 1882.

Le 9 juin 1882, se présente à la salle Denonvilliers le nommé V... Henri, âgé de un an. Cet enfant porte une tumeur linguale qui siège à la face inférieure de l'organe. Elle occupe les deux tiers postérieurs de cette face. Le filet est dévié vers la droite par le développement de la tumeur. Cette tumeur est d'une coloration blanc-grisâtre, et on aperçoit quelques petits vaisseaux à sa surface ; on observe aussi de petites raies curvilignes, formées par la muqueuse de la langue.

Les parents du petit malade interrogés, nous ont dit que l'enfant est venu au monde avec cette tumeur ; elle avait alors le volume d'un pois et siégeait plus à gauche qu'à droite. L'enfant n'a jamais refusé de prendre le sein. La mère nous a encore dit que cette tumeur grossissait chaque fois que l'enfant pleurait ; elle a ajouté aussi que le petit malade « fut jaune » pendant les trois premiers mois qui suivirent la naissance ; mais cette teinte jaune se borna à la figure et n'envahit jamais les autres parties du corps.

Le père et la mère de l'enfant sont bien portants.

M. Lannelongue est d'avis qu'on doit enlever cette tumeur. L'opération est faite quelques jours après l'entrée du petit malade. La tumeur a été énucléée facilement. La guérison a été rapide.

L'examen histologique de ce kyste a été fait par M. Mallassez, chef du laboratoire de M. Ranvier. De cet examen il résulte que le contenu de la tumeur est un liquide séreux transparent, contenant quelques cellules épithé-

liales. Mais le fait le plus intéressant est le suivant : M. Malassez a reconnu que la paroi interne du kyste était tapissée par un *épithélium à cils vibratiles*.

OBSERVATION IV

Kyste du canal de Bochdalek. Verchère et Denucé. *Bullet. de la Soc. Anat. de Paris*. Novembre 1885, p. 467.

Antoine B..., âgé de cinq ans, enfant d'un caractère éveillé, d'une intelligence vive, entre à la Pitié le 29 août 1885. Ses parents, qui habitent la campagne, l'ont conduit à Paris pour consulter M. Verneuil. Leur fils est atteint depuis sa naissance d'une augmentation singulière dans le volume de la langue.

Dans la famille du petit malade on ne trouve aucun fait analogue : ses parents, robustes paysans, jouissent d'une excellente santé. Les renseignements sur les antécédents du petit malade et la marche de sa maladie sont fournis par le médecin de province qui l'a soigné jusqu'alors. L'enfant a eu la rougeole, il y a environ un an. Il n'a été atteint d'aucune autre affection. Son état général est excellent.

Dès la naissance, on a pu constater que le volume de la langue était exagéré. Il semblait qu'une tumeur, occupant toute l'épaisseur de l'organe, fit surtout saillie à sa face inférieure. Aucune influence extérieure, chute, coup, blessure, n'explique l'apparition de cette tumeur, dans laquelle le médecin, dès le début, a reconnu de la fluctuation.

Il y a trois mois, le médecin ponctionna la langue malade et plaça un drain traversant l'organe de part en part. Le drain fut laissé à demeure plus d'un mois sans résul-

tat. La tumeur reprit rapidement son volume primitif dès que les drains eurent été supprimés.

En examinant l'enfant à son entrée, le 29 août, on constate que la langue fait saillie hors de la cavité buccale. Son extrémité antérieure renflée en massue, s'avance entre les arcades dentaires, et obstrue tout l'orifice buccal. A cette extrémité, l'épaisseur est d'environ trois centimètres. A la palpation on ne peut sentir de tumeur indépendante; l'augmentation de volume semble porter sur l'organe tout entier. Une exploration attentive révèle une fluctuation manifeste. La langue semble transformée en une poche liquide, dont les parois supérieure et inférieure seraient particulièrement minces.

La fluctuation est perceptible en arrière jusqu'à la base. L'arcade dentaire et le maxillaire inférieur ont subi une déviation spéciale et très accentuée. Les dents incisives et canines inférieures sont repoussées en avant et obliques par rapport à la gencive. L'os maxillaire est repoussé de même. En outre, il est abaissé, et si les molaires inférieures rencontrent les molaires supérieures, il existe sur la ligne médiane un écartement de trois centimètres, que le rapprochement des arcades dentaires ne peut combler. Cet espace est occupé par l'extrémité de la langue augmentée de volume.

Le 31 août, il se fait une légère inflammation sur un des côtés de la langue, vers son tiers antérieur. Peu à peu, la muqueuse amincie, se perforé, et donne issue à un liquide purulent fétide.

Ce liquide est louche, presque opaque, un peu filant. Il se coagule en masse par l'action de la chaleur. A l'examen microscopique on y rencontre de nombreux leucocytes granuleux, sans noyau, ou du moins à noyau absolument indistinct. L'action de l'acide acétique ne réussit que très peu à les éclaircir. Quelques hématies, très peu nombreuses, et surtout un assez grand nombre d'éléments

épithéliaux nagent encore dans le liquide. Ces éléments épithéliaux présentent en général une forme cylindro-conique, ou polyédrique; leur protoplasma est très granuleux. Dans quelques cellules, on peut voir un noyau que le carmin teint d'ailleurs assez faiblement et dont les contours restent très peu distincts. Le pus ayant été recueilli au moyen d'une pipette fine, introduite dans le trajet fistuleux, il est certain que ces cellules proviennent bien de la cavité purulente. L'examen des lamelles préparées par le procédé d'Ehrlich, ne montre aucun bacille de Koch. La coloration des lamelles par le procédé de Gramm révèle la présence dans le liquide, de quelques micro-organismes, coccus, diplococcus, ou chaînettes à grains irréguliers, en un mot, des bactéries communes à toutes les collections purulentes.

L'écoulement du pus se faisant mal, et la tumeur n'étant jamais complètement vidée, M. Richelot se décide à une intervention chirurgicale.

Le petit malade étant chloroformé, la langue est transpercée de part en part avec un bistouri entrant par l'un des bords à quelques centimètres de la pointe, et sortant par le bord opposé. Le bistouri, tenu à plat, est ramené en arrière, prolongeant les incisions vers la base, et ménageant la pointe de l'organe. Le pus s'écoule abondamment. En introduisant le doigt dans la cavité, on constate que celle-ci est assez vaste, qu'elle occupe presque toute l'épaisseur de la langue, et qu'elle s'étend en arrière au delà de la pointe du V lingual et jusque vers la base. Le râclage de la paroi, tenté avec la curette de Volkmann, ne donne aucun résultat. Un drain est passé par les incisions qui sont suturées au crin de Florence.

La réunion eut lieu par première intention; mais quand, au bout de quinze jours, on retira les drains, la collection liquide et la tuméfaction se reproduisirent.

Le 7 octobre, M. Richelot fit une nouvelle tentative

suivie cette fois d'un succès complet. Il pratiqua une incision curviligne suivant les bords de la langue et intéressant la pointe. La langue se trouva dédoublée dans toute l'étendue de la cavité purulente. On put alors constater que cette cavité n'offrait aucun des caractères des abcès froids. Sa paroi était, non pas tomenteuse, mais tapissée par une membrane d'un rouge vif, consistante et lisse. Cette membrane est excisée par morceaux et enlevée tout entière. Un lambeau, comprenant toute la hauteur de la pointe, est compris entre deux incisions et enlevé également. La perte de sang a été peu considérable. Au cours de l'opération on dut lier une artère linguale. Un drain médian étant placé, toute l'étendue de l'incision est suturée au crin de Florence. Deux sutures profondes, également au crin, traversent la langue, de sa paroi supérieure à sa paroi inférieure.

Les jours suivants, le volume de la langue augmenta un peu par suite d'un gonflement inflammatoire notable. Tout disparut au bout de huit jours. La réunion était complète par première intention et les fils purent être retirés.

La langue a repris son volume normal. Le petit malade parle et mange facilement. Les arcades dentaires sont toujours écartées à la partie moyenne. M. Verneuil conseille la compression élastique, renouvelée chaque nuit, au moyen d'une bande en caoutchouc.

Le 16 octobre, Antoine B... sort guéri.

Des fragments du lambeau enlevé à la pointe de la langue sont mis à durcir dans l'alcool absolu. Les parties latérales de ces fragments reconnaissables à leur peu d'épaisseur correspondent aux sections pratiquées par l'instrument tranchant, tandis que les deux autres faces représentent, l'une la muqueuse linguale, l'autre la paroi de la cavité purulente.

Ces fragments sont coupés en tranches minces, per-

pendiculaires à la surface de la muqueuse, et comprenant par conséquent la coupe de la muqueuse, du corps charnu de la langue, et de la paroi de la cavité purulente. Les coupes colorées au picro-carminate d'ammoniaque sont montées dans la glycérine.

Examinées à un faible grossissement (oc. 1. obj. 1. Verick) elles permettent de s'orienter facilement. La muqueuse linguale se présente d'abord avec ses caractères normaux : peut-être cependant les papilles ont-elles un volume un peu réduit. Immédiatement au-dessous se montre la couche musculaire. Les fibres musculaires, coupées les unes en travers, les autres suivant un plan plus ou moins oblique, semblent normales. Toutefois, il faut reconnaître que les faisceaux musculaires sont moins rapprochés que sur une langue saine : il y a une prolifération notable du tissu interstitiel, prolifération qui s'accroît à mesure qu'on s'éloigne de la muqueuse. Les vaisseaux sont nombreux. Leur diamètre est assez considérable, l'épaisseur de leurs parois est augmentée, cette augmentation portant particulièrement sur la couche musculaire. A la périphérie des vaisseaux on constate la présence d'une couche annulaire de tissu conjonctif assez dense.

En approchant de la paroi de l'abcès, on trouve le tissu conjonctif infiltré de cellules jeunes; celui-ci est de plus en plus abondant, et les fibres musculaires deviennent de plus en plus rares.

La paroi de la cavité purulente est anfractueuse; elle offre une série de petites dépressions assez rapprochées en certains points. Cette paroi se compose de deux zones dont la coloration présente une différence tranchée. La plus profonde, celle qui touche à la couche musculaire, est vivement colorée en rouge. Elle se continue d'une façon insensible avec la couche sous-jacente. Entre elle et la couche superficielle, celle qui forme la paroi immé-

diatée de la cavité, existe une ligne de démarcation beaucoup plus nette. Cette dernière est pour ainsi dire incolore, ou plutôt offre une teinte intermédiaire entre le jaune et le brun très clairs. Elle n'est pas continue et n'existe nettement que dans les dépressions du bord : sur le bord même, on ne la trouve que par intervalles.

Avec un fort grossissement (Oc. 1, Verick. obj. 7, Verick, ou D. D. Zeiss), on reconnaît que la zone profonde vivement colorée, est constituée par du tissu conjonctif, infiltrée d'éléments embryonnaires, présentant tous les signes d'une inflammation assez intense. La zone superficielle est composée de cellules épithéliales, faciles à étudier dans les cryptes. Ces cellules sont cylindriques : leur hauteur égale de 8 à 10 millièmes de millimètre. Du côté où elles sont implantées, elles se terminent par une pointe conique latéralement déviée. Leur extrémité libre forme un plateau sur lequel il est impossible de reconnaître la présence de cils vibratiles. Leur protoplasma est trouble, très granuleux. Quelques-uns contiennent une masse légèrement colorée en rose, un noyau peu distinct plus rapproché du point d'implantation que de l'extrémité libre.

En dehors des cryptes, les cellules ne se rencontrent qu'en certains points : leurs caractères sont beaucoup moins nets. Il semble qu'on ait affaire plutôt à des débris de cellules encore adhérentes à la paroi qu'à des cellules intactes. Dans les intervalles de ces plaques épithéliales, le bord est formé par la zone embryonnaire.

Les fragments excisés présentent une disposition analogue.

En résumé, les préparations nous montrent du tissu lingual fortement enflammé. La paroi de la cavité purulente est revêtue par places d'un épithélium cylindrique et contient de nombreuses cryptes glandulaires tapissées d'un épithélium semblable.

Ces constatations permettent d'écarter d'une façon absolue l'idée d'un abcès ordinaire de la langue, aussi bien que celle d'un abcès froid.

L'observation montre bien que la suppuration n'a pas dû être primitive. Pendant cinq ans la tumeur est restée indolente et n'a présenté aucun phénomène de réaction inflammatoire. Il est regrettable que la nature du liquide fourni par la première ponction n'ait pu être déterminée, mais il est peu probable qu'une collection purulente ait pu demeurer si longtemps sans s'ouvrir au dehors, et simplement en augmentant sans cesse de volume. La suppuration a dû s'effectuer à la suite de cette tentative opératoire.

D'autre part, l'examen microscopique montre que les parois du kyste tapissées d'un épithélium cylindrique étaient interrompues par des culs-de-sac glandulaires. La préexistence d'une cavité poly-glandulaire aux dépens de laquelle l'affection s'est développée est donc hors de doute.

OBSERVATION V

Kyste à épithélium vibratile de la base de la langue. Chaslin. — Société anatomique de Paris, 29 janvier 1886.

J'ai l'honneur de présenter à la Société des préparations provenant d'un kyste de la base de la langue, trouvé à une autopsie faite par M. le professeur Cornil à l'Hôtel-Dieu. Ce kyste de la grosseur d'un pois, transparent et clair, siégeait sur la partie droite du V lingual. La pièce durcie par les procédés classiques, a fourni des préparations qui ont présenté ce qui suit, après avoir fait les coupes perpendiculairement à la surface linguale.

La paroi est formée de tissu conjonctif qui est en rapport sur les côtés avec les muscles de la langue; à la partie supérieure la paroi très mince disparaît sur un certain point et la muqueuse linguale est en contact direct avec l'épithélium du kyste. La paroi, dans la profondeur du kyste, est infiltrée sur une certaine étendue de petites cellules rondes. Ces cellules font très probablement partie d'un amas folliculaire refoulé par le kyste, comme le semble démontrer une des préparations où l'on voit un follicule nettement circonscrit à côté du kyste.

L'épithélium de revêtement est polymorphe. Dans certains endroits plusieurs rangées de cellules, allant comme forme de la circulaire à la cylindrique, supportent une couche de cellules cylindriques basses à plateau surmonté de cils vibratiles. Les noyaux sont bien colorés en rouge par le carmin. Le liquide du kyste n'a pas été examiné, la pièce ayant été immédiatement mise dans l'alcool.

Le développement de ce kyste a été mis en lumière par une série de préparations qui ont montré qu'à la partie profonde du kyste il y avait une glande acineuse muqueuse qu'on ne voyait pas sur les premières coupes. On voit nettement, en comparant et en superposant par la pensée ces préparations, que c'est une dilatation aux dépens d'un conduit ou du conduit excréteur de cette glande d'ailleurs intacte, sauf en quelques points. Sur l'une d'elles on surprend un diverticule du kyste qui s'avance vers la glande et on ne voit pas sur cette préparation entre la cavité anormale et la glande de conduit excréteur. Au contraire, sur d'autres, on aperçoit le conduit et sur l'une d'elles on le voit arriver jusque dans la glande, d'une part, tandis que dans une autre coupe, il se dirige, sans s'y aboucher, sur le kyste, et étant dans ce cas manifestement dilaté. L'épithélium qui, sur le conduit excréteur tout près de la glande est normal, est au contraire à plusieurs couches dont une cylindrique

sur la pièce de raccord anormale, et déjà dilatée elle-même qui aboutit au kyste.

Cette communication a simplement pour but d'ajouter un fait de plus à ceux déjà signalés par Bochdalek, Lutzbeck, Hammerich, Recklinghausen et d'autres auteurs.

OBSERVATION VI

M. Denucé. Kyste congénital de la base de la langue. Ponctions. Cellules épithéliales cylindriques dans le liquide évacué. Communication faite à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1893.

P... Emile, âgé de six ans et demi, est amené le 27 avril 1893, à la clinique de chirurgie infantile que je dirige à l'hôpital protestant de Bordeaux, pour une tumeur linguale, au sujet de laquelle ses parents, très intelligents, me fournissent des renseignements assez précis. Dans leurs deux familles, ils n'ont trouvé le souvenir d'aucun fait analogue. Tous deux jouissent d'une excellente santé; l'enfant, né à terme, sans que rien dans la grossesse ou l'accouchement mérite d'être noté, est leur fils unique. La mère n'a pas eu d'autre grossesse. L'enfant n'a jamais été malade et son état général est excellent. Bien que la mère dise se souvenir que l'enfant nourri par elle jusqu'à l'âge d'un an, a souvent semblé éprouver des difficultés pour téter, qu'il ait toujours mangé lentement et avec peine, qu'il n'ait parlé qu'assez tard, vers dix-huit mois, et toujours d'une façon pâteuse, un peu indistincte, il n'y a guère plus d'un an qu'on a reconnu l'existence d'une tumeur linguale. Vers cette époque, en effet, on remarqua que l'enfant avait l'habitude de tenir la bouche légèrement entr'ouverte, la pointe de la lan-

gue faisant un peu saillie entre les arcades dentaires. Le médecin de la localité où l'enfant se trouvait alors, consulté, ne constata rien d'anormal. Mais depuis, les parents ont reconnu que la partie postérieure de la langue augmentait de volume progressivement; inquiets de cet accroissement, ils m'amènent le petit malade.

La bouche est un peu entr'ouverte. Les incisives et les canines paraissent légèrement repoussées en avant. La pointe de la langue fait saillie entre les dents, mais l'enfant la retire facilement en arrière. La respiration, la déglutition des liquides sont normales. Les aliments solides sont soumis à une mastication longue et lente, et se passant surtout au niveau des dents médianes. La voix n'est pas très distincte. Sans bégayer, l'enfant s'exprime lentement et avec une voix pâteuse. Il est, d'ailleurs, intelligent et répond bien aux questions qui lui sont adressées. En lui faisant ouvrir largement la bouche, on constate que la pointe de la langue a un aspect normal, mais que sa partie profonde est le siège d'une tumeur assez volumineuse, ayant les dimensions à peu près d'une noix, occupant les deux tiers postérieurs de la langue, plus grosse à gauche qu'à droite, se perdant insensiblement en avant, et en arrière dépassant nettement le pilier antérieur du voile. A ce niveau, l'épaisseur de la langue sur le bord gauche est de deux centimètres et demi et de près de deux centimètres sur le bord droit. Cette tumeur est fluctuante sur toute son étendue. Sa palpation est parfaitement indolente.

Je diagnostique un kyste lingual médian, probablement un kyste du canal de Bochdalek, et sachant que ces tumeurs ne guérissent que par l'ablation complète, je propose cette opération aux parents; ceux-ci se refusent énergiquement à toute intervention chirurgicale, préférant, disent-ils, voir mourir leur enfant que de lui laisser faire une opération. J'essaie en vain de les faire revenir

sur leur décision et n'obtiens que l'autorisation de faire une ponction aspiratrice, suivie d'une injection modificatrice. Avec l'appareil de Dieulafoy, dont j'enfonce l'aiguille sur le bord gauche de la langue, après un badiageonnage de cocaïne, au niveau de la première petite molaire, je retire à peu près une cuillerée à café d'un liquide citrin. La tumeur s'affaisse complètement, mais la palpation permet de reconnaître l'existence autour de l'aiguille de parois assez épaisses et assez consistantes. Je fais alors une injection de 2 grammes à peu près d'éther iodoformé à 10 o/o; cette injection est assez douloureuse, bien que je laisse presque immédiatement sortir par l'aiguille une partie des vapeurs éthérées. Au bout de deux à trois minutes, je fais échapper le reste des vapeurs qui tendent légèrement la tumeur et retire l'aiguille. Je n'ai plus revu le malade.

Le liquide obtenu par la ponction est citrin, mais pas parfaitement transparent, plutôt opalescent que louche. Sa consistance est huileuse, un peu visqueuse. Il tache une feuille de papier. Au microscope, on trouve dans ce liquide quelques leucocytes, des granulations et surtout des cellules épithéliales cylindriques, longues de huit à neuf millièmes de millimètre, larges de deux à trois millièmes de millimètre, un peu effilées à une de leurs extrémités, pourvues de l'autre côté d'un plateau peu épais, finement strié et offrant à leur partie moyenne, mais un peu plus près de l'extrémité effilée, un noyau que le picro-carmin colore en rouge assez vif. Ces cellules sont dans chaque préparation au nombre de deux ou trois; une préparation en contient même sept. Sur deux ou trois de ces cellules, il y avait encore, attenant au plateau strié, quelques cils longs d'à peu près deux millièmes de millimètre. Les autres en étaient dépourvues.

OBSERVATION VII

Kyste du volume d'une cerise, situé sous le foramen cœcum, à paroi épaisse ayant la structure du tissu thyroïdien.

Observation due à l'extrême bienveillance de M. le professeur Tedenat, de Montpellier.

Louise X..., 23 ans, de bonne santé, indemne de syphilis, éprouve depuis une dizaine de mois, la sensation d'un corps étranger occupant la racine de la langue, gênant et provoquant la déglutition. Toute la langue est normale, mais le foramen cœcum est soulevé par une tumeur du volume d'une cerise, se prolongeant dans la profondeur de la base de la langue. La malade a été soumise par son médecin à l'usage de l'iodure de potassium qui n'a donné aucun résultat. Je fais une incision antéro-postérieure sur le milieu de la saillie et suis obligé de sculpter la tumeur qui ne s'énuclée pas. La langue est fortement attirée en avant et, grâce à cette traction, l'écoulement sanguin est insignifiant. Deux points de suture transversaux, profonds, avec du fil d'argent fin. Guérison en huit jours, sans accidents.

Examen de la pièce. (Contrôlé par le professeur Kienner). — Au centre, cavité stellée, de quatre à six millimètres de diamètre, suivant des directions variées, contenant un liquide couleur jus de pruneau, très filant, dans lequel nagent quelques globules rouges et des cellules épithéliales cylindriques.

Après durcissement (liquide de Roule et alcool) des sections totales montrent : à la face interne de la poche, des dépressions allongées, sinueuses, régulièrement tapissées d'un épithélium cylindrique allongé. La paroi a une épaisseur qui varie de sept à douze millimètres,

selon les points. Elle se compose d'éléments jeunes arrondis, de follicules serrés en groupes, les uns arrondis, d'autres allongés, séparés par des travées formées d'éléments fusiformes. Ces follicules ont toutes les variétés de forme des follicules du corps thyroïde.

La malade, revue le 20 juin 1890, deux ans après l'opération, restait complètement guérie.

OBSERVATION VIII

Kyste sus-hyoïdien.

Bernays. *Saint-Louis Med and surg. Journal*, Oct. 1888, p. 201.

Kyste situé à la région sus-hyoïdienne, présentant un diverticule qui s'enfonçait dans la base de la langue. Ce kyste, tapissé intérieurement d'un *épithélium cylindrique cilié*, était en certains points de sa paroi externe en connexion intime avec un tissu présentant tous les caractères du tissu thyroïdien.

OBSERVATION IX

Kyste du ductus thyreoglossus.

Hæckel. Privat docent et assistant de la clinique chirurgicale d'Iéna (*Arch. f. klin. chir.*, XLVIII, 3).

Une jeune fille de 18 ans, F. R..., admise le 6 mars 1892 à la clinique chirurgicale d'Iéna, déclara que depuis quatre ans elle avait remarqué au-devant de son cou une nodosité de la grosseur d'une noisette d'abord et qui peu à peu avait atteint le volume d'une noix. A un moment,

cette tumeur avait été chassée « par sympathie » mais elle n'avait pas tardé à reparaitre. Il y avait un an que son médecin habituel y avait pratiqué une incision à la suite de laquelle une fistule s'était établie. Voyant cette fistule persister, le médecin tenta l'extirpation totale de la tumeur ; mais un mois après l'intervention, celle-ci se reformait, atteignant son volume primitif.

Au moment de son admission, cette malade présentait sur la ligne médiane du cou, à la hauteur de l'os hyoïde, une tumeur de la grosseur d'une noix environ, légèrement bosselée, de consistance assez ferme, adhérente à la peau. Une fistule donnant issue à du pus conduisait dans cette tumeur. A côté de l'orifice fistuleux on voyait une petite cicatrice provenant de l'opération antérieure. Un pédicule suffisamment gros semblait relier cette tumeur à l'os hyoïde.

La fistule fut divisée par une incision, et la tumeur extirpée. Elle s'étendait jusqu'au périoste de l'os hyoïde et lui était intimement unie. Des portions des mylo et génio-hyoïdiens qui étaient très adhérentes à la paroi de la tumeur, durent être enlevées très près de leurs insertions à l'os hyoïde. On dut également enlever deux prolongements coniques qui partaient de la tumeur et s'étendaient en haut, entre les muscles génio-hyoïdiens. Après l'opération, lorsqu'on examina la pièce, il fut impossible de retrouver ces prolongements. Il est probable que violemment tirillés en même temps que la tumeur, ils s'étaient retirés. La plaie fut suturée et la guérison obtenue sans cicatrice. Par une lettre datée de mars 1894, la malade nous informe qu'aucune récurrence ne s'est encore produite.

Examen de la tumeur. — Cette tumeur, dont la paroi est assez épaisse, est constituée par deux cavités. L'une, plus petite, dans laquelle débouche la fistule, présente une surface molle, rouge-grisâtre, et renferme du pus ;

à l'examen microscopique on n'y distingue pas d'épithélium. Derrière cette première cavité et sans communication avec elle, s'en trouve une plus grande, à paroi lisse, renfermant un contenu clair, vitreux et visqueux, semblable à du blanc d'œuf frais, dans lequel un examen répété fait découvrir de nombreuses cellules cylindriques à cils vibratiles, tantôt disséminées, tantôt réunies en amas.

A l'examen microscopique de la tumeur durcie dans l'alcool, la paroi de la cavité purulente a l'aspect granuleux ordinaire d'une paroi d'abcès; en aucun point elle ne présente de revêtement épithélial. Le deuxième kyste, celui qui renfermait un contenu clair et vitreux, présente une structure caractéristique. Toute sa surface interne est tapissée de cellules cylindriques hautes, à cils vibratiles. Cet épithélium de revêtement se compose de deux couches : la plus externe, formée de cellules petites et à gros noyaux, constitue la couche dite « des cellules germinatives » : la plus interne, c'est-à-dire la plus rapprochée de la cavité kystique, présente des cellules cylindriques longues, dont les pointes sont insérées entre les cellules germinatives. Sous cet épithélium se trouve une épaisse couche de cellules lymphoïdes. Le revêtement épithélial manque en certains endroits et particulièrement aux points qui semblent faire saillie dans la cavité. Il est probable qu'il a été altéré pendant les diverses manipulations qu'on a fait subir à la pièce. De nombreux diverticules de nature épithéliale et terminés en cul-de-sac, s'enfoncent dans l'épaisse paroi du kyste. Ces diverticules suivent un trajet sinueux, car dans les coupes faites perpendiculairement à la paroi, on les voit coupés en travers. La paroi elle-même, se compose de follicules ayant une forme arrondie ou ovale, et serrés les uns contre les autres. Chacun de ces follicules est revêtu d'une couche unique d'épithélium cubique ou cylindrique bas et contient dans

son intérieur une substance homogène à laquelle le carmin aluné donne une coloration ambrée. Cette substance qui s'est coagulée sous l'influence de l'alcool, s'est en grande partie retirée sur elle-même, et n'adhère plus à la paroi du follicule que par de minces prolongements. Réunis en amas qui forment des groupes nombreux et serrés, ces follicules ont tous les caractères des follicules thyroïdiens, et comme eux présentent un contenu colloïde. Entre les follicules on aperçoit du tissu conjonctif riche en noyaux, qui s'épaissit pour séparer les divers groupes folliculaires.

L'un des prolongements coniques dont il a été question plus haut, présente une fine lumière tapissée de cellules cylindriques hautes, à cils vibratiles.

On peut conclure que l'une des parties de cette tumeur, celle à laquelle aboutit la fistule et dont la surface interne présente tous les caractères d'une membrane granuleuse, est constituée par une bourse muqueuse ayant suppuré à la suite de l'incision qu'on pratiqua sur elle. Quant à la seconde cavité, celle qui est revêtue d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, elle ne peut s'être formée qu'aux dépens d'un organe tapissé par un tel épithélium. De plus, la présence de follicules thyroïdiens dans sa paroi indique nettement que la formation de cette tumeur kystique est en relation avec le développement de la glande thyroïde.

OBSERVATION X

Tumeur du volume d'une noix, adhérente à la partie médiane de l'os hyoïde et se prolongeant dans la base de la langue, ayant la structure du tissu thyroïdien.

Observation due à l'extrême bienveillance de M. le professeur Tédénat, de Montpellier.

Marie N..., âgée de 18 ans. Rien à noter dans ses antécédents. Au mois de mai 1891, elle vit apparaître une petite tumeur dans la région hyoïdienne. Malaxée par des explorations fréquentes, irritée par des badiageonnages à la teinture d'iode, cette tumeur grossit assez rapidement, et en septembre 1891, son volume était celui d'une noix. Un médecin pratiqua une incision qui ne donna qu'un peu de sang, au lieu du contenu kystique attendu (5 octobre 1891). Une fistule s'établit, et le 15 novembre, M. Tédénat fut appelé à donner des soins à la malade. Celle-ci présentait alors un trajet fistuleux de un centimètre de profondeur, situé au centre d'une tumeur arrondie, de 3 à 4 centimètres de diamètre, adhérente au corps de l'os hyoïde, envoyant au-dessus de l'os et dans l'épaisseur de la langue un prolongement cylindroïde long de deux centimètres, épais de quatre ou cinq millimètres. M. Tédénat fit une incision médiane, décolla la peau, incisa l'aponévrose ; la tumeur adhérait à l'os hyoïde sur sa partie médiane et se prolongeait au-dessus de l'insertion des muscles génio-glosses. Il fallut la sculpter et sacrifier quelques fibres musculaires. Deux points de suture, drainage à la gaze iodoformée pendant deux jours. Guérison complète en huit jours.

A la coupe : surface finement grenue, grise rosée, avec çà et là des grains plus gros, de un à deux millimètres de diamètre, jaunes et luisants. A la périphérie existe une

capsule mince qui envoie de fins tractus dans l'épaisseur du tissu.

Examen histologique. — (Contrôlé par le professeur Kiener). Sur des coupes fines colorées au carmin aluné, on voit des follicules arrondis, allongés, limités par une couche régulière de cellules cubiques longues. La plupart de ces follicules contiennent une masse jaune ambrée qui ne les remplit pas et qui représente de la substance colloïde. Entre les follicules on trouve des travées connectives, riches en noyaux et nombreux leucocytes. Ça et là, on aperçoit des capillaires sanguins.

Sur les coupes du prolongement cylindroïde intra-lingual existe un espace vide, arrondi, avec quelques dépressions. Ce canal très fin est tapissé d'épithélium cylindrique sans cils vibratiles. Il est entouré de follicules rares au milieu de fins réseaux connectifs infiltrés de nombreux leucocytes.

OBSERVATION XI

H. E. Durham. Communication à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, 10 avril 1894.

Jeune homme de 19 ans, présentant à la région sus-hyoïdienne, une petite tumeur devenue fistuleuse. Après l'extirpation, l'examen histologique de la pièce montre deux trajets tapissés d'*épithélium cilié*. Au niveau du bord supérieur de l'os hyoïde, on trouve en certains points un épithélium aplati et des follicules thyroïdiens caractéristiques. La situation de ce kyste et sa structure histologique, démontrent son origine thyro-linguale.

OBSERVATION XII

Kyste latéral de la région sus-hyoïdienne. J. L. Reverdin et F. Buscarlet.
(*Rev. médic. de la Suisse Romande*, XIII, p. 761, décembre 1893).

Homme de 21 ans, ayant depuis la première enfance, sur la partie latérale gauche et supérieure du cou, une tumeur du volume d'une petite prune, ovalaire, à grand axe oblique en bas et en dedans et dépassant la grande corne de l'os hyoïde. Cette tumeur, molle et fluctuante, a toujours été indolore; elle suit les mouvements du larynx. Depuis l'âge de 10 ans elle était restée stationnaire. Nombreuses cicatrices ganglionnaires dans les deux régions sous-maxillaires et sus-claviculaires.

Ablation. — La tumeur se trouvait sous le péaucier dont on la sépara facilement; elle était plus intimement unie à l'aponévrose qui recouvre les muscles sus-hyoïdiens, ne présentait aucune connexion avec l'os hyoïde, et ne faisait pas saillie du côté de la bouche.

Le kyste se composait d'une paroi fibro-celluleuse, sans papilles ni glandes, revêtue d'un *épithélium cylindrique à cils vibratiles*. Le contenu était formé de cellules épithéliales altérées, de débris informes, de quelques globules graisseux, le tout contenu dans du mucus concret.

OBSERVATION XIII

Fistule branchiale sus-hyoïdienne. J.-L. Reverdin, in Thèse de F. Buscartet, Genève, 1893.

K..., Marguerite, 11 ans. Cette enfant m'est adressée par le Dr Pautry au mois de mars 1892 pour une petite fistule datant de plusieurs années et siégeant au cou, ou plutôt sous le menton, sur la ligne médiane, à environ un centimètre au-dessus de l'os hyoïde. Elle sécrète une petite quantité de pus et la peau est un peu rouge à son pourtour; son orifice est très étroit et n'admet pas l'introduction du stylet. La palpation permet de constater que sous la fistule existe une induration qui d'abord fait penser aux restes d'un ganglion tuberculeux suppuré, mais un examen plus attentif fait voir que cette induration forme un petit cordon dur assez régulièrement cylindrique, et que ce cordon plonge à la fois dans la profondeur et en bas vers le bord supérieur de l'os hyoïde, ce qui nous fait penser, malgré sa situation anormale, à une fistule d'origine embryonnaire.

Voici les renseignements que nous donne la mère de l'enfant: elle ne connaît aucun cas de difformité de naissance chez aucun membre de sa famille ou de celle de son mari; elle a deux autres enfants bien conformés. La petite Marguerite a eu un muguet grave à l'âge de trois semaines, mais pas d'autre maladie. Il y a sept ans on vit se former peu à peu sous le menton, au niveau du point occupé par la fistule actuelle une grosseur qui augmenta peu à peu, prit une forme pendante et le volume d'une noisette; la peau était devenue rouge à son niveau. Le Dr Sylvestre, médecin de la famille, y fit faire des

applications d'huile de foie de morue ferrugineuse pendant environ six mois.

Comme au bout de ce temps la grosseur avait notablement augmenté et qu'elle paraissait enflammée, il fit appliquer des cataplasmes ; elle s'ouvrit mais la mère ne peut nous dire quelle était la nature du liquide qui s'en écoula ; cet écoulement fut bientôt tari et l'ouverture parut fermée. Un certain temps après une nouvelle grosseur se forma au même niveau ; elle s'ouvrit comme la première, mais cette fois spontanément et depuis lors ne s'est jamais fermée malgré différents traitements ; le Dr Wyss notamment a été consulté pendant environ deux ans et a fait différentes injections, cautérisations, etc. Depuis deux ans on avait renoncé à plus rien faire.

Ces renseignements confirment nos soupçons et nous proposons l'extirpation de la fistule qui est acceptée.

24 mars 1892. — *Opération.* Ethérisation. Deux incisions circonscrivent un losange de peau à grand axe antéro-postérieur comprenant la fistule et la peau altérée qui l'entoure ; puis l'on dissèque l'induration qui forme un petit cordon dur, nettement limité, qui plonge dans les fibres musculaires, descend vers le bord supérieur de l'os hyoïde et paraît s'attacher au niveau de la partie profonde de ce bord ; le petit cordon a environ deux centimètres de longueur. L'adhérence à l'os hyoïde n'est pas très résistante et l'on a l'impression d'avoir enlevé le cordon en totalité ; au moment où on le détache de l'os on voit un hiatus antéro-postérieur se former ; je présume que cet hiatus est dû à l'écartement des deux hyoglosses car je crois n'avoir traversé jusqu'ici qu'une couche musculaire, le génio-glosse.

Suture perdue au catgut sur le dit hiatus, suture de soie fine de la peau ; un fil de catgut sert de drain. Gaze stérilisée, ouate et bande.

La pièce est remise fraîche à M. Buscarlet.

25 mars. — État parfait.

26 mars. — Pansement ; état bon.

28 mars. — Pansement, enlevé les sutures, bandelettes collodionnées.

31 mars. — Etat parfait, la plus grande partie des bandelettes est détachée.

A la fin du mois d'avril, je revois l'enfant et je constate une récidive ; il s'est formé une petite grosseur au niveau de la cicatrice, elle s'est ouverte et une fistule s'est établie ; un stylet très fin ne pénètre guère qu'à un demi-centimètre de profondeur ; sous la fistule existe un noyau dur, du volume d'un gros pois ; on ne sent pas de prolongement du côté de l'os hyoïde ; une nouvelle opération est donc nécessaire.

9 mai. — *Opération.* — Chloroforme. Je circonscris par deux incisions l'orifice fistuleux et les tissus rouges et enflammés du voisinage ; on isole d'abord du tissu graisseux sous-cutané la masse dure qui s'est reformée ; elle a une consistance dure et une apparence fibreuse, elle plonge ensuite dans l'épaisseur du muscle dont on la sépare avec soin par une dissection fine ; elle se présente là comme un cordon dur du volume d'une plume de pigeon à peu près, qui se dirige en bas sur la ligne médiane et vient se terminer à la face antérieure de l'os hyoïde près de son bord supérieur ; elle s'en sépare facilement et l'on n'a pas l'impression d'avoir rien laissé. Lavage au sublimé, drain et suture, pansement : gaze stérilisée et ouate stérilisée.

Je note que dans la première opération le cordon nous avait paru s'insérer à la face postérieure de l'os et que cette fois son insertion à la face antérieure ne fait aucun doute (Pièce conservée dans le liquide de Müller).

10 mai. — Etat bon, pas de douleur.

11 mai. — Pansement, état satisfaisant de la plaie, un peu de rougeur.

13 mai. — Pansement : enlevé les sutures, réunion. Bandelettes collodionnées.

15 mai. La rougeur a disparu.

17 mai. — On me fait demander parce qu'il est survenu de nouveau de l'inflammation au niveau de la plaie ; elle suppure abondamment à sa partie inférieure où s'est formée une fistule ; compresses boriquées.

Les jours suivants la rougeur disparaît mais la fistule suppure en assez grande abondance et il se forme à son niveau une induration.

26 mai. — La fistule persiste et l'induration forme un nodule dur du volume d'un gros pois qui siège cette fois un peu à droite de la ligne médiane juste au-dessous du corps de l'os hyoïde ; j'y fais une injection de teinture d'iode diluée ; elle ne provoque pas de toux ; la malade ne perçoit pas de goût d'iode dans la bouche.

30 mai et 3 juin. — Nouvelles injections de teinture d'iode et cautérisation du bourgeon qui s'est développé à l'orifice fistuleux. On sent très nettement, un peu à droite de la ligne médiane, sur le bord supérieur de l'os hyoïde une tumeur grosse comme un pois, dure et ronde, un peu sensible à la pression ; il me semble aussi sentir à gauche au même niveau un peu de dureté.

10, 15, 20 et 23 juin. — Injection de teinture d'iode pure ; le bourgeon de l'orifice fistuleux s'affaisse ; la grosseur de droite est un peu moins volumineuse mais toujours dure.

Cependant les choses ne se modifient pas d'une façon sensible et je me décide à une nouvelle opération ; elle est acceptée et pratiquée le 7 juillet.

On sent soit à droite, soit à gauche de la fistule une petite masse indurée un peu plus grosse à droite.

Je fais au-dessus de l'os hyoïde une incision transversale et je dissèque en me tenant en dehors des tissus indurés ; au bout d'un moment on voit apparaître en haut

de l'incision un petit corps jaunâtre qui n'est autre qu'un petit drain perdu dans les tissus et qui est la cause de la persistance de la fistule ; suture, un fil de catgut comme drain, pansement iodoformé.

Le pansement est changé les jours suivants, les fils enlevés le 11. Le 13, lorsque je vois la malade avant mon départ pour les vacances, il n'y a plus qu'un léger écartement à la partie médiane de la plaie.

Examen histologique, par M. le Dr F. Buscarlet. Première opération. La pièce qui nous a été remise était un cordon dur, de consistance fibreuse, qui s'étendait de la surface cutanée vers la profondeur. A l'œil nu, il était difficile de voir s'il y avait un trajet fistuleux sur toute la longueur du trajet ; du reste on n'y avait introduit aucun stylet, ce qui a permis d'étudier le revêtement intérieur intact. Sur les coupes qui ont été pratiquées dans le sens transversal, nous voyons qu'il s'agit d'un canal à paroi épaisse, et à lumière formant un orifice très irrégulier. La paroi se continue sans ligne de démarcation avec les tissus voisins, avec lesquels elle est en rapport intime. L'orifice n'est pas circulaire, mais irrégulièrement losangique, et les côtés de ce losange sont sinueux, présentent des sinus séparés par des saillies qui s'avancent dans l'intérieur du canal. Certaines de ces dépressions sont peu profondes ; d'autres se prolongent au contraire à une grande profondeur dans le tissu conjonctif d'enveloppe. De plus, à une certaine distance à côté de l'orifice principal, nous trouvons d'autres orifices plus petits, ce qui pourrait faire croire qu'il y a plusieurs canaux accolés ; mais l'interprétation de la série des coupes nous permet d'admettre que ce sont les sections de prolongements, de culs-de-sac latéraux émanés du canal principal ; nous avons donc là un canal tortueux qui présente des diverticules profonds et tortueux eux-mêmes.

L'examen microscopique de ce canal nous démontre qu'il est formé d'une paroi épaisse, conjonctive, constituée par un tissu fibreux dense, très peu vasculaire, et d'un revêtement épithélial intérieur sur lequel a porté toute notre attention. Il s'agit d'un *épithélium cylindrique, à cils vibratiles, stratifié*.

Les cellules de cet épithélium sont assez allongées, granuleuses, à gros noyau, renflées au niveau de ce dernier; elles se terminent par un plateau surmonté de cils vibratiles serrés. Les parois des culs-de-sac latéraux et des orifices que nous avons décrits à côté du canal principal sont tapissées par le même épithélium cylindrique à cils vibratiles.

Près de l'orifice cutané, le revêtement épithélial avait disparu; nous pensons qu'il devait passer insensiblement à l'épithélium cutané.

Dans la lumière du canal, il y avait du mucus, quelques cellules muqueuses tombées de la paroi; du reste cette lumière était pour ainsi dire virtuelle, et n'aurait admis qu'un mince fil d'argent.

Dans la pièce enlevée à la *seconde intervention*, nous trouvons un cordon fibreux trois fois plus épais qu'après la première opération, et l'ablation ayant été plus étendue, on trouve des faisceaux musculaires du plancher buccal appartenant à la pièce. A l'examen histologique, une épaisse *paroi fibreuse*, assez vasculaire, dans laquelle se rencontrent de gros faisceaux de fibres musculaires striées.

Au centre de cette masse fibreuse, on trouve l'orifice d'un très petit canal, orifice des plus irréguliers et sinueux, présentant des anfractuosités et des diverticules innombrables. A côté de l'orifice principal, on en trouve un plus petit, également très irrégulier et qui est probablement la section d'un grand cul-de-sac émané du premier. *L'épithélium est cylindrique, stratifié, à cils vibratiles.*

Il est évident que la première opération avait laissé un diverticule profond, d'où persistance d'une fistule qui n'a cessé qu'avec une intervention plus étendue.

La guérison semblait parfaite, lorsque dans le courant d'août, un léger suintement reparut, et s'établit continuellement pour cesser au commencement d'octobre ; mais alors la peau se souleva, et M. le professeur J.-L. Reverdin constata une petite collection kystique à laquelle il donna issue avec un coup de bistouri. Un liquide louche s'écoula et la fistule s'établit de nouveau.

Le 27 octobre. — Quatrième intervention. Il n'y avait pas de cordon fistuleux bien net et la dissection au milieu du tissu cicatriciel fut très laborieuse ; arrivé à la face postérieure de l'os hyoïde, il ne paraissait plus y avoir de cordon fibreux et l'on s'arrêta dans la dissection. Réunion lente, par bourgeonnement.

Le 22 novembre. — Cicatrisation.

L'examen histologique n'a pas permis de retrouver de trajet fistuleux ; au milieu d'une gangue de tissu fibro-adipeux cicatriciel, on voyait les restes d'un abcès de petites dimensions dont les débris avaient peut-être donné lieu à ce suintement continu qui avait fait croire à la persistance d'une fistule.

OBSERVATION XIV

Observation recueillie dans le service de Nélaton par Th. Anger (In Thèse de J.-Ch. Dumoulin. Paris, 1866, n° 256. Obs. I, p. 22).

Henri F..., demeurant rue Amélie, au Gros-Caillou, âgé de 12 ans, est un enfant fort, bien constitué, n'ayant jamais eu de maladie antérieure capable d'expliquer l'affection dont il est atteint.

Il y a trois ans, les parents s'aperçurent qu'une petite

grosseur apparaissait sous la mâchoire de leur enfant. Cette tumeur, exactement située sur la ligne médiane, entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, se développa lentement, grossissant peu à peu, et arriva au volume d'un œuf de pigeon.

Un médecin de province, consulté à ce propos, pratiqua une ponction de la tumeur, et l'incision donna issue à un liquide blanc, albumineux, filant. Le médecin voulut cautériser l'intérieur du kyste, mais les cris et les débats de l'enfant l'en empêchèrent. Depuis lors l'ouverture est restée fistuleuse et il s'en échappe un peu de liquide épais qui se concrète en croûtes sur les bords de l'ouverture.

Depuis l'ouverture du kyste, on n'a fait aucune cautérisation, aucune injection de liquide irritant.

Actuellement, voici ce qu'on trouve : entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, en avant de la membrane thyro-hyoïdienne, exactement sur la ligne médiane, existe un petit orifice à bords épais et calleux ; l'ouverture n'admet qu'un petit stylet.

Par la palpation, on s'assure que cet orifice se continue avec un tissu induré, résistant, se perdant dans la profondeur de la région. Un stylet, introduit par l'orifice, pénètre à une profondeur de deux centimètres et se trouve arrêté, quelle que soit la direction qu'on lui imprime. Il n'y a, d'ailleurs, ni douleur, ni gêne ; le seul inconvénient est la difformité et le petit suintement qui se fait incessamment par l'orifice fistuleux.

Le 16 février 1866, l'enfant étant chloroformé, M. Nélaton circonscrit l'orifice par deux petites incisions formant un ovale dans lequel est inscrite la tumeur. Puis il dissèque attentivement tout le trajet fistuleux, de façon à l'enlever en totalité avec les tissus environnants. Pendant cette dissection, une veine fut ouverte et donna lieu à un écoulement de sang assez abondant. Les bords

de la petite plaie furent réunis à l'aide d'une petite bandelette de diachylon.

Depuis l'opération, aucun accident n'est survenu; la suppuration, d'abord très abondante, a diminué peu à peu.

Aujourd'hui, 23 février, la plaie est dans l'état le plus satisfaisant, son fond déjà très rapproché de la surface cutanée, est recouvert de bourgeons charnus, et sans doute la guérison sera complète d'ici quelques jours.

Examen de la fistule. — Après avoir fendu la partie supérieure de la fistule, on constate que sa moitié antérieure est formée d'un tissu cicatriciel blanchâtre, à surface lisse. La moitié postérieure est constituée par une dilatation qui forme un véritable cul-de-sac.

Sa surface est tapissée par une membrane ayant tout à fait l'aspect d'une muqueuse, et rappelant assez bien la muqueuse de la vésicule biliaire par sa coloration et les plis qu'on y observe. Cette surface est comme chagrinée : On y voit des plissements qui donnent lieu à des sillons, à des anfractuosités nombreuses. La paroi de ce trajet fistuleux est épaisse d'un demi-millimètre; elle est résistante, élastique, solide. Sa face interne est recouverte d'un mucus jaunâtre granuleux.

En grattant, avec la pointe d'un scalpel, la surface du fond du kyste et portant sous le microscope les parties détachées, on observe comme élément fondamental des *cellules prismatiques à cils vibratiles*. Ces cellules sont très allongées; leur queue est très longue et très effilée. Par leur surface libre, elles se terminent par un épaississement opaque qui supporte des cils vibratiles. On voit au-dessous quelques cellules allongées fusiformes, mais sans cils vibratiles. Dans leur intérieur on distingue un contenu très granuleux, et près de la queue un gros noyau avec son nucléole. Entre ces cellules existent

quelques granulations graisseuses et même des cellules de graisse.

La paroi qui supporte cette couche épithéliale est principalement formée de tissu élastique et de faisceaux de tissu conjonctif. On n'y remarque aucune glande.

OBSERVATION XV

Fistule préalaryngée thyro-hyoïdienne. — Houel. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 22 avril 1874, 3^e série, t. III, p. 220. — *Et Gaz. des Hôpitaux*, 30 mai 1874, n^o 62, p. 491.

Le jeune F..., âgé de douze ans et demi, se présente à la consultation de M. le D^r Houel, en novembre 1867, pour une ulcération siégeant à la partie inférieure de la région sus-hyoïdienne, au niveau de la portion médiane de l'os hyoïde. C'est un enfant petit pour son âge et présentant les signes d'une constitution scrofuleuse. Sa naissance a eu lieu après une durée de gestation normale, et il ne semble pas que pendant sa grossesse sa mère ait éprouvé quelque accident notable.

Il était âgé de sept ans, quand sa famille s'aperçut pour la première fois qu'il portait sur la ligne médiane antérieure du col, au sommet de l'angle formé par les muscles sus-hyoïdiens et la ligne verticale du larynx, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Bien que ses parents, personnes instruites et intelligentes, aient montré dans le cours de la maladie, des qualités précises d'observation, il est probable que la tumeur existait avant qu'ils en fissent la découverte; l'étude qu'on en fit ultérieurement vient à l'appui de cette opinion et permet d'admettre que cette tumeur était congénitale.

Cette tumeur, assez dure, mais fluctuante, prit un dé-

veloppement assez notable pour qu'on consultât un chirurgien, qui, croyant à une adénite suppurée et siégeant contre la règle ordinaire, sur la ligne médiane, y pratiqua une incision. Il fit sortir une petite quantité d'un liquide transparent et assez cohérent pour s'échapper sous la forme d'une grosse goutte visqueuse. Cinq ou six cautérisations furent pratiquées avec l'azotate d'argent dans le fond du sac. La plaie ne se fermait pas et donnait issue à des gouttelettes de liquide que les parents comparent, pour la transparence, à du blanc d'œuf un peu fluide ou à de la salive épaisse.

À l'âge de 9 ans, l'enfant fut présenté à M. Blache, qui institua le traitement anti-scrofuleux qu'indiquait bien la constitution de l'enfant, et prescrivit des applications de glycérine et d'eau de noyer sur la plaie. L'enfant acquit de la force, mais l'ulcération du cou persista avec son écoulement particulier. Deux ans après, M. Demarquay consulté, conseilla de continuer la glycérine et ordonna de faire avec un caustique fumant (les parents ne peuvent donner de renseignements plus précis) des cautérisations qu'on n'osa pas pratiquer.

En novembre 1867, l'enfant fut conduit à la consultation de M. Houel : il était alors âgé de 11 ans et demi. M. Houel reconnut immédiatement la nature de l'affection dont il avait eu la bonne fortune d'observer plusieurs cas ; mais comme le mal affectait des caractères en dehors de la forme commune, il fit voir le malade à M. Nélaton qui confirma son diagnostic.

Il s'agissait d'un de ces kystes congénitaux sous-hyoïdiens, que Boyer a le premier signalés, et sur la nature desquels il ne s'est pas prononcé.

Ces kystes congénitaux, une fois ouverts, prennent et conservent l'apparence d'une fistule, plus ou moins large, mais assez facile à reconnaître. Dans le cas actuel, le kyste avait la forme étalée. La nature et la persistance

de l'écoulement et l'histoire de son évolution avaient suffi à M. Houel pour le reconnaître.

On voyait alors au niveau de l'angle formé par la région sous-hyoïdienne avec le cou, sur la ligne médiane, une petite ulcération, à peu près circulaire, large comme une pièce de cinquante centimes, et dont la surface rougeâtre avait un aspect tomenteux et chagriné tout spécial. Cette ulcération reposait sur une plaque indurée, dépendance manifeste de la peau, que le doigt pouvait suivre jusqu'à l'os hyoïde, au-dessous duquel elle semblait s'enfoncer. La surface était humectée par un liquide qui peut être comparé au mucus normal des glandules du col utérin. L'issue de ce liquide était encore activée par des pressions sur l'induration, au point où apparaissait une gouttelette. C'est en vain qu'on chercha un trajet avec un stylet fin ; on ne put rien trouver. Cette exploration pratiquée à diverses reprises, n'amena jamais de résultat. On avait vu plusieurs fois les diamètres de cette sorte de plaie diminuer spontanément, mais jamais elle ne s'était fermée : elle avait oscillé seulement entre des dimensions plus ou moins grandes.

En avril 1868, M. Houel pratiqua l'opération. Deux incisions semi-circulaires réunies circonscrivirent dans leur concavité la surface du kyste, à plus de deux millimètres de la périphérie, et furent portées assez profondément pour qu'on vit le tissu adipeux sous-jacent.

M. Th. Anger, qui avait assisté M. Houel dans l'opération, fit l'examen microscopique de la portion de substance extirpée. Son examen devait porter sur deux points essentiels : 1° il devait rechercher quelle était la nature du tissu morbide ; 2° il devait s'assurer si les limites de ce tissu avaient été assez largement dépassées pour qu'on pût espérer une guérison.

Une étude très attentive lui montra du tissu lamineux et adipeux sur toute la surface profonde du kyste et lui

permet de conclure que l'extirpation avait été aussi complète que possible.

Quant à la nature du tissu, le microscope révéla que *le trajet était recouvert d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles* ; à la suite de cette opération, le pourtour de la peau bourgeonna, mais on vit bientôt apparaître, au milieu de la cicatrice circulaire, la même surface rose, tomenteuse et chagrinée, qui s'humectait du liquide que la famille du jeune malade reconnut bien. Il était acquis dès lors que, malgré son étendue et sa profondeur, la première ablation n'avait eu d'autre résultat que de confirmer le caractère rebelle de ces kystes congénitaux du cou.

Le 3 octobre 1868, M. Houel fit une deuxième tentative. Une large incision circoncrivit en haut et en bas les limites de la tumeur et en commença l'ablation. Mais le fond était très mince, le tissu très friable, et ce ne fut que par parties que le kyste fut encore une fois enlevé. La situation entre le menton et le sternum qui se rapprochaient et rétrécissaient le champ de la manœuvre opératoire, l'indocilité de l'enfant, malgré son anesthésie par le chloroforme, rendaient l'opération difficile, et un mouvement brusque pouvait pousser l'instrument vers le larynx. Une plaquette de pâte de Canquoin fut appliquée sur la plaie et maintenue douze heures. L'enfant repartit en province le lendemain.

Quand il revient à Paris, le 15 octobre 1868, à la consultation de M. Houel, l'eschare est tombée et la plaie présente l'aspect suivant : une masse de bourgeons charnus occupe la partie supérieure et latérale droite de l'ulcère ; mais au-dessous, un cul-de-sac infundibulaire assez profond apparaît avec la coloration tomenteuse et rose du kyste primitif. Le liquide filant continue à sourdre, avec les caractères si souvent constatés auparavant. La poussée inflammatoire rend encore (douze jours après l'o-

pération) les mouvements de déglutition un peu pénibles, mais l'enfant est, il faut le dire, très douillet.

M. Houel applique une petite plaquette de pâte de Canquoin, que l'on maintiendra pendant environ douze heures. A la suite de ces cautérisations, la plaie se cicatrisa et l'on put croire l'enfant guéri. Lorsque le 30 juin 1869, c'est-à-dire huit mois après l'opération, M. Houel reçut une lettre qui lui annonçait qu'un gonflement était de nouveau apparu dans la région sus-hyoïdienne ; la fistule s'est reproduite de nouveau, et il est probable que le jeune enfant la porte encore aujourd'hui.

OBSERVATION XVI

Tapret. Observation II de la thèse de V. Affre.
Des kystes thyro-hyoïdiens, Paris, 1875, n° 373.

Une petite fille, âgée de cinq ans et demi, est amenée par sa mère à la consultation de l'hospice des Incurables (Ivry), pour une grosseur située dans la région thyro-hyoïdienne, incolore et du volume d'une noisette.

Lorsque, il y a deux mois, la mère s'en aperçut, la tumeur était extrêmement petite, du volume d'un très petit pois. La mère ne peut donner d'autres renseignements sur le début de la tumeur.

La situation de cette tumeur entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde (membrane thyro-hyoïdienne) et sur la ligne médiane, sa consistance kystique, nous font immédiatement songer à la grenouillette sous-hyoïdienne de Nélaton. Elle n'est point adhérente à la peau ; elle ne suit pas le larynx dans ses mouvements, et lorsqu'on cherche à la déplacer, on sent qu'elle est fixée profondément par quelque prolongement ; elle ne fait aucune saillie sur

le plancher de la bouche. Des badigeonnages de teinture d'iode sont prescrits.

Quinze jours après, la tumeur n'a point changé : cependant la mère de l'enfant a cru remarquer que la grosseur paraît augmenter de volume à certains moments, principalement après les repas.

Il est en effet facile de s'assurer que la tumeur grossit et durcit sensiblement quand on provoque une production de salive abondante pendant un certain temps. La tumeur, dans l'intervalle des repas, diminuait de volume et de consistance.

Peu à peu, la peau rougit, s'amincit sous l'influence de la teinture d'iode, et l'ouverture spontanée du kyste laisse échapper un liquide légèrement opalin et filant. La tumeur s'affaisse complètement, mais un petit trajet fistuleux est créé (Si un travail analogue a eu lieu en même temps ou précédemment, du côté de la bouche, rien n'a pu le faire soupçonner.)

Un stylet pénètre à près de trois centimètres de profondeur et prend une direction obliquement ascendante vers la face inférieure de la base de la langue, au niveau de l'épiglotte. On ne sent pas l'extrémité du stylet sur le plancher de la bouche, exploration rendue difficile et incomplète par les efforts de vomissements faits par l'enfant. Il ne paraît pas exister plusieurs diverticules.

Dans l'intervalle des repas, l'orifice fistuleux laisse suinter un liquide muco-purulent en très petite quantité ; et pendant la mastication, l'écoulement est manifestement augmenté. L'examen chimique du liquide n'a pas été fait.

Des cautérisations à la teinture d'iode répétées deux fois par jour n'amènent aucune modification du trajet fistuleux.

Un petit bourgeon charnu faisant saillie à l'extérieur fut excisé et examiné au collège de France : On y trouva

sur des éléments embryonnaires nombreux *un revêtement d'épithélium à cils vibratiles*.

Quelques injections de chlorure de zinc provoquèrent un gonflement inflammatoire très notable, et rapidement le trajet fistuleux se cicatrisa.

OBSERVATION XVII

Tillaux. Clinique, in *Prog. Médical* 9 février, 1885.

Jeune fille de 22 ans, de très bonne constitution, n'ayant jamais eu d'autre maladie que celle pour laquelle elle vient consulter. Sur la partie antérieure du cou, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, elle présente un petit orifice fistuleux dont le début remonte à quatre ans et demi. En effet, elle constata vers cette époque et dans cette région, une petite tumeur dépassant un peu la ligne médiane vers la droite. Sous l'influence de cataplasmes, cette tumeur s'enflamma et s'ouvrit spontanément. Il en résulta une fistule qui a toujours persisté, malgré les soins que lui donnèrent beaucoup de médecins. Elle se ferme de temps en temps, devient douloureuse, puis s'ouvre de nouveau.

Aujourd'hui, nous trouvons sur la ligne médiane du cou l'orifice dont nous avons parlé précédemment ; il repose sur un petit tubercule induré et est recouvert par une croûte jaunâtre. De ce tubercule part un cordon facile à saisir entre le pouce et l'index, assez dur, cylindrique, rappelant le volume d'une plume de corbeau ; il chemine un peu obliquement de bas en haut, de droite à gauche, d'avant en arrière, et va se perdre derrière l'os hyoïde. Il est impossible d'y introduire un stylet, pas même une bougie fine. La douleur causée par cette explo-

ration est très vive, et, à chaque mouvement de déglutition, ce trajet s'élève avec le larynx.

Quant à moi, il me paraît très probable que cette fistule a pour cause un arrêt de développement de la deuxième ou troisième fente branchiale. Cette opinion a déjà été émise par M. Duplay. La *présence de l'épithélium à cils vibratiles*, la fixité des caractères avec lesquels cette fistule se présente, me paraissent des arguments en faveur de cette opinion. On conçoit, en effet, comment les orifices pharyngien et cutané d'une fente branchiale, peuvent se fermer, tandis que la partie intermédiaire reste perméable, d'où formation d'un kyste dont l'ouverture à l'extérieur peut donner lieu à une fistule borgne externe secondaire.

En présence de cette affection, quelle est la conduite à tenir ? L'expérience a appris que les injections et les cautérisations échouent en pareil cas. Nous aurons recours au procédé indiqué par Nélaton. Après avoir introduit dans la fistule un stylet comme conducteur, si cela est possible, on doit disséquer la peau, écarter les muscles, isoler et enlever le cordon induré jusqu'à son insertion supérieure. Autant que possible il faut avoir soin de n'en laisser aucune portion dans la crainte d'une récurrence.

L'opération a été faite d'après les règles ci-dessus indiquées. Mais trois mois après être sortie de l'hôpital, la malade y rentrait avec une récurrence. Nouvelle opération. Guérison.

OBSERVATION XVIII

Communication faite par M. Monod, au nom de M. Dubar, de Lille, à la
Société de Chirurgie. Séance du 22 juillet 1885 (Résumée).

Fillette de 9 ans. Vue au mois de juin 1882 pour une petite tumeur de la région sous-hyoïdienne, ayant débuté un an avant environ.

Le volume de la tumeur rappelle celui d'une noisette. Par la ponction M. Dubar retire un peu de liquide incolore, muqueux, analogue au blanc d'œuf non cuit. Les parents reculant devant une intervention sanglante, injection dans la tumeur de deux gouttes de chlorure de zinc déliquescent. Réaction extrêmement vive. Escharre cutanée de la largeur d'une pièce de vingt centimes, qui se détache vite. Un mois plus tard, la cicatrisation était complète et la guérison semblait certaine.

Au mois de février 1883, la mère s'aperçoit d'une nouvelle tumeur un peu au-dessus de la précédente. Au mois de décembre, la récurrence était évidente.

La tumeur siège en avant et un peu à droite du cartilage thyroïde. La peau est tendue, mais peut être plissée. La tumeur, grosse comme une amande, ferme mais fluctuante, peut être déplacée de bas en haut et latéralement. On constate que de son extrémité supérieure se détache une corde de la grosseur d'une plume d'oie, paraissant s'attacher au bord inférieur de l'os hyoïde.

En janvier, sur les conseils de M. Monod, M. Dubar enlève la tumeur en la disséquant. Dix jours après, la plaie était cicatrisée et la guérison semblait obtenue.

Mais au bout de trois mois, la cicatrice se laissait distendre, et bombait comme un verre de montre. En dépri-

mant cette partie saillante, on reconnaît qu'elle est constituée par une pellicule paraissant reposer sur une couche liquide.

Peu de jours après, un petit pertuis se formait, et la poche vidée, s'affaissait. M. Dubar la vidant complètement, fit sortir un liquide analogue à du blanc d'œuf non cuit.

Nouvelle opération. Guérison durant une année.

A l'examen histologique de la tumeur enlevée, M. Dubar trouva :

1° Une paroi formée par des faisceaux assez volumineux de tissu fibreux. En se rapprochant de la cavité, ces faisceaux diminuaient de volume; ils étaient remplacés par des fibres de tissu conjonctif, entre lesquelles on voit de nombreuses cellules embryonnaires;

2° Sur la paroi même de la cavité, se trouvent de nombreuses franges, sortes de villosités ayant la structure des bourgeons charnus. La limite de ces franges et des espaces en retrait qui les séparent est nettement dessinée par un mince liseré d'aspect grisâtre.

3° A la partie supérieure de la tumeur proprement dite, les franges disparaissent et font place à un revêtement épithélial incomplet, mais assez caractéristique. Il est formé par une seule couche de cellules cylindriques sans cils vibratiles.

4° Il en est de même dans la première partie du cordon qui prolonge la tumeur par un revêtement épithélial incomplet cylindrique à parois fibreuses. Au-delà il n'existe plus qu'un espace virtuel, dont les parois accolées ont une couche de cellules cylindriques, puis il n'y a plus que du tissu conjonctif, des faisceaux de tissu fibreux et quelques fibres musculaires.

M. Dubar fait remarquer : a) que la cavité a été transformée par l'injection irritante. D'où bourgeons charnus qui n'ont pu s'accoler et amener l'oblitération en raison de la persistance de la muqueuse en certains points.

b) Que le cordon surmontant la tumeur avait la même constitution histologique que celle-ci; que le liquide irritant n'ayant pu y pénétrer, il suffisait à amener la récurrence.

c) Que de la tumeur partaient deux cordons épithéliaux pénétrant à une distance de deux à trois millimètres dans le tissu conjonctif ambiant où ils se terminaient en cul-de-sac. Ce serait cette propriété de pousser des bourgeons épithéliaux qui donnerait à ces kystes une tendance si grande à la récurrence. Donc nécessité de dépasser largement les limites de la tumeur lors de l'intervention.

OBSERVATION XIX

Kyste à épithélium cylindrique vibratile adhérent à la membrane thyro-hyoidienne et à la saillie médiane du cartilage thyroïde. Observation due à l'extrême bienveillance de M. le professeur Tédénat, de Montpellier.

Jean P..., 21 ans, porte au-dessus de la pomme d'Adam une tumeur oblongue de trois ou quatre centimètres dans le sens vertical, large de un centimètre environ, située sur la ligne médiane. Cette tumeur a été ponctionnée deux fois (janvier 1889, février 1891). On a retiré chaque fois une pleine seringue de Pravaz d'un liquide jaune filant.

M. Tédénat voit le malade le 3 juillet 1891. Tumeur dure, sans fluctuation nette. Elle ne gêne en rien le malade et n'est que disgracieuse.

8 juillet. — Incision médiane de trois centimètres; lèvres de l'incision écartées; la tumeur adhère à la membrane thyro-hyoidienne, au bord inférieur de l'os hyoïde, à la dépression médiane du bord supérieur du cartilage thyroïde et au bord antérieur du même cartilage sur une

longueur de un centimètre. Le tranchant, pour séparer la paroi kystique, travaille dans un tissu fibreux dur. Quatre points de suture sans drain. Réunion immédiate.

Examen microscopique. — (Contrôlé par le professeur Kiener. Paroi fibreuse présentant dans ses plans profonds de nombreux éléments fusiformes et des leucocytes. Sa face interne est tapissée d'une *couche régulière de cellules cylindriques. Sur quelques-unes existent des cils vibratiles très nets.* Par places, les cellules cylindriques sont supportées par une assise d'épithélium cubique.

OBSERVATION XX

Fistule congénitale sous-hyoïdienne.

A. Broca. In thèse de Mlle M. Sulicka. Paris, 1894.

Dal..., Jacques, âgé de 13 ans et demi, entré le 24 octobre 1892 pour une fistule médiane du cou, s'ouvrant un peu au-dessous de l'os hyoïde et ayant succédé à un kyste congénital opéré il y a un an et demi.

Le kyste s'était sensiblement manifesté et avait grossi dans les cinq ou six mois qui précédèrent cette opération. Une fistule située un peu à gauche de la région médiane succéda à l'opération. Cette fistule présente un orifice cutané, bridé à sa partie supérieure par une sorte de valve qui le recouvre en totalité. Par cet orifice s'écoule tous les jours à deux ou trois reprises quelques gouttelettes de liquide muqueux. A l'examen on sent un cordon dur, long de deux centimètres environ, dirigé à peu près verticalement en haut et en arrière allant à la ligne médiane ; ce cordon représente le trajet fistuleux et va se terminer au niveau de l'os hyoïde.

Opération le 28 octobre. Ablation du trajet fistuleux et de son orifice cutané sur la sonde cannelée; adhère à la face postérieure de l'os hyoïde; pas d'orifice interne de la fistule. Suture des deux lèvres de la plaie. Pansement à la gaze salolée, maintenue par du collodion. Huit jours après on enlève les points de suture; pas de pus; la réunion est parfaite. On remet un pansement salolé avec collodion. Le malade sort le 6 novembre. Revu le 23 juin, dans un état parfait.

Examen histologique fait par M. le Dr Achard. Muqueuse à *épithélium vilbratile* cellules cylindriques longues et cellules caliciformes. Cavités multiples à revêtement muqueux, quelques-unes distendues, remplies incomplètement par une masse granuleuse; d'autres irrégulières, sinueuses, anfractueuses à parois accolées, envoyant des prolongements dans les tissus voisins. Ce sont sans doute des anfractuosités d'une même cavité. Ces cavités muqueuses s'avancent jusqu'au bord du paquet extirpé.

OBSERVATION XXI

Observation publiée par C.-F. Marshall, in *Journal of Anatomy*, octobre, 1891.

Enfant de 5 ans, du sexe masculin, admis à l'hôpital des Enfants de North-Eastern, dans le service de M. Bilton Pollard. Il y contracta la diphtérie et mourut. Lors de son entrée, il présentait sur la ligne médiane antérieure du cou, un peu au-dessus du sternum, une fistule d'où s'écoulait une petite quantité de liquide muqueux. Cette fistule qui existait depuis un an environ se fermait de temps à autre, de telle sorte que l'écoulement était irrégulier.

De l'orifice fistuleux partait un cordon dur, remontant

vers l'os hyoïde. En disséquant la partie antérieure du cou, je pus suivre ce cordon, qui avait une forme arrondie, jusqu'à l'os hyoïde auquel il adhérait fortement ; son extrémité inférieure, dilatée en forme de sac, s'ouvrait à l'extérieur par la fistule. Le sac et le conduit, situés au-dessous de l'aponévrose cervicale, ne présentaient aucune connexion avec la glande thyroïde.

En divisant l'os hyoïde, je pus suivre le conduit, très adhérent à sa face postérieure et présentant l'aspect d'une corde fibreuse, à travers la masselinguale jusqu'au foramen cœcum.

Un peu avant d'atteindre le foramen cœcum, le conduit se reconstituait, et débouchait à la surface de la langue. Ainsi donc, ce conduit était ouvert à ses deux extrémités, mais oblitéré à sa partie moyenne.

En poursuivant la dissection, je vis un lobe pyramidal partant du côté gauche de l'isthme thyroïdien et aboutissant à l'os hyoïde. Sa partie supérieure était reliée à la corde fibreuse médiane au niveau du conduit déjà décrit. En d'autres termes, la corde fibreuse reliée à l'os hyoïde se rattachait à la fois au lobe pyramidal et au canal conduisant à la fistule.

Examen microscopique. — Des coupes pratiquées à la partie médiane du canal présentent la structure suivante : extérieurement on trouve un tissu absolument dense ; intérieurement, on aperçoit une lumière tapissée par un épithélium dont la forme n'apparaît pas bien nettement. La plus grande partie du canal est formée de tissu fibreux, de vaisseaux sanguins et d'amas cellulaires. Les cellules ont une forme variable, mais le plus souvent elles sont arrondies et présentent un noyau distinct. En quelques points, elles paraissent réunies en masses irrégulières, au milieu d'un tissu fibreux très fin, en d'autres points, le tissu fibreux domine et les cellules sont peu nombreu-

ses. L'ensemble de cette structure donne l'idée d'un tissu glandulaire embryonnaire ou imparfaitement développé.

Des coupes de la pyramide présentent l'aspect du tissu thyroïdien normal.

Des coupes de la corde ne montrent que du tissu fibreux, sans nulle lumière. Aucune connexion directe n'existe entre la pyramide et le canal de His à leur point de jonction avec la corde fibreuse.

OBSERVATION XXII

Un cas de persistance du conduit thyroglossien. Observation recueillie dans le service du Dr Hardie, à Manchester Royal Infirmary, par son interne, M. S. Colley-Saller (*The Lancet*, 28 avril 1894, p. 1067).

Le 4 février, un garçon de 13 ans fut amené au Manchester Royal infirmary, pour qu'on lui enlevât une tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise, siégeant sur la ligne médiane du cou. L'enfant, paraît-il, était né avec cette grosseur; ses parents croyaient qu'il avait simplement « la pomme d'Adam » proéminente.

Cette tumeur avait la grosseur d'une noisette; la peau qui la recouvrait était normale et l'enfant n'en était aucunement gêné; en conséquence on n'y attachait guère d'importance jusqu'à il y a deux ans quand il s'y produisit de la rougeur inflammatoire due probablement aux frottements répétés du bouton de son col. On y appliqua alors des cataplasmes pendant quelques jours; l'espèce d'abcès formé s'ouvrit et laissa échapper environ la moitié d'une cuillerée à café d'un liquide jaunâtre.

Après que l'écoulement eut cessé, la plaie se recouvrit d'une peau rougeâtre très mince, qui se rompit en une ou deux occasions subséquentes laissant échapper le même

liquide que la première fois. On essaya des applications locales de teinture d'iode, mais celle-ci n'ayant aucun effet, les parents se décidèrent à demander l'intervention chirurgicale.

Voici la description du kyste au moment de l'admission du malade à l'hôpital. Exactement sur la ligne médiane du cou, juste au-dessous du cartilage cricoïde, on voyait une petite projection kystique rougeâtre, ayant l'aspect et le volume d'une cerise. Elle suivait le larynx dans les mouvements de déglutition. Ce kyste était recouvert d'une pellicule épithéliale, mince et luisante, qui se terminait brusquement sur la peau environnante. Immédiatement au-dessus, la peau était froncée en forme de croissant. En saisissant la tumeur entre les doigts et en la soumettant à une traction, on constata qu'au plus bas point elle pouvait se mouvoir librement d'un côté à l'autre; mais en exerçant la traction de bas en haut, on sentit toujours sur la ligne médiane du cou une corde fibreuse, ferme, laquelle une fois distendue, pouvait être suivie jusque dans l'espace thyro-hyoïdien où elle semblait se plonger et disparaître derrière l'os hyoïde. Au moment de la traction, l'enfant dit qu'il sentait comme si on lui tirait la langue en arrière. En introduisant une sonde, quelques gouttes d'un liquide transparent, glaireux et légèrement jaunâtre s'échappèrent: la sonde pénétra à 4 centimètres environ le long de la corde fibreuse mentionnée plus haut.

Le 24 février le Dr Hardie passa une sonde le long du conduit et l'ayant ouvert, le disséqua en entier, y compris toutes les parties fibreuses avec des ciseaux. On enleva une portion longue d'environ 6 centimètres $1/2$. On la soumit à un examen microscopique et on trouva qu'elle consistait principalement en un tissu fibreux ferme avec une formation de cellules inflammatoires, *tapissé d'une*

membrane muqueuse présentant un épithélium cylindrique cilié.

La membrane muqueuse était absente de la poche kystique où l'on voyait un tissu granuleux. On ne trouva pas de tissu thyroïdien. La plaie guérit par première intention et le malade sortit au bout de dix jours.

OBSÉRVATION XXIII

Kyste du cou muni d'épithélium vibratile. F. Jollon. *Journ. de la sect. de méd. de la Soc. acad. de la Loire-Inférieure*, vol. XL, 211 livr., p. 23, Nantes 1864 (Résumée).

Homme de 25 ans, opéré en 1859 par Velpeau, présente depuis quinze ans une petite tumeur qui a *acquis le volume d'une noix* et occupe la ligne médiane, immédiatement au-dessous du larynx en avant des premiers anneaux de la trachée. Ponction; liquide onctueux, jaunâtre, semblable à de l'huile. La tumeur s'étant reproduite, est extirpée. La paroi est formée d'une couche de tissu fibreux tapissée en dedans d'une couche très régulière de *cellules cylindriques à cils vibratiles*, que l'on voit en connexion par leurs pointes avec le stroma conjonctif sous-jacent et réunies entre elles par leurs bases accolées.

OBSERVATION XXIV

H. E. Durham. *Loco citato*.

Enfant de 6 ans, présentant sur la ligne médiane du cou une petite tumeur qui peu à peu a augmenté de volume

et finalement s'est ouverte à l'extérieur, donnant lieu à une fistule. L'extirpation de tout le tissu morbide est pratiquée. A l'examen microscopique on reconnaît un double trajet tapissé d'épithélium cylindrique. La structure de cette tumeur, sa situation, ses connexions, démontrent son origine thyro-linguale.

OBSERVATION XXV

H. E. Duham, *loco citato*.

Jeune fille de 18 ans, présentant sur la ligne médiane du cou, au niveau de la région thyroïdienne, une tumeur assez volumineuse, pour laquelle une intervention est jugée nécessaire. L'opération consiste en l'ablation totale de la tumeur qui semblait développée aux dépens de l'isthme thyroïdien. De son sommet partait un véritable pédicule qui remontait jusqu'à l'os hyoïde et y adhérait fortement.

A l'examen microscopique des pièces enlevées, on trouva que toute la partie externe était formée de tissu thyroïdien; à l'intérieur on apercevait des cavités tapissées d'un épithélium cilié.

En raison de sa structure histologique, de sa situation, de ses connexions, cette tumeur n'a pu se développer qu'aux dépens du canal thyro-lingual.

OBSERVATION XXVI

Kyste thyro-hyoïdien.

Communication faite par M. Liaras, interne des Hôpitaux, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, le 25 janvier 1895 ; et à la Société d'Anatomie et de Physiologie, le 11 février 1895.

J'ai l'honneur de présenter à la société de médecine un malade porteur d'une tumeur de la région thyro-hyoïdienne.

Ce malade, vu d'abord par M. le Dr Moure, est entré il y a huit jours dans le service de M. Dudon. Voici son histoire : Il y a vingt-cinq ans, raconte le malade, il s'est aperçu de la présence d'une tumeur, du volume d'un noyau de cerise, située sur la ligne médiane au niveau de l'angle saillant du cartilage thyroïde. Elle était indolore et adhérente à l'os.

Depuis, cette tumeur s'est développée peu à peu, s'étalant vers la partie latérale gauche de la région pré-laryngienne.

Pendant longtemps aucun phénomène fonctionnel concomitant à signaler. Il y a un an et depuis cette époque, le malade éprouve une légère gêne respiratoire se montrant surtout à l'occasion d'une marche assez rapide.

Actuellement, le malade présente une tumeur, du volume d'une mandarine, recouvrant la face latérale gauche du cartilage thyroïde sans empiéter sur la ligne médiane.

La peau, à ce niveau, est normale, sans adhérence à la tumeur. Si l'on saisit cette dernière, on peut constater, sans que sa pression entraîne aucune douleur pour le malade, qu'elle offre la consistance des tumeurs kystiques.

Quand on cherche à la mobiliser, on sent comme un

prolongement qui s'insinuerait entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde.

En dehors de la dyspnée passagère, il n'y a à signaler que le fait suivant : depuis huit jours à peine, la voix du malade serait légèrement voilée.

L'examen laryngoscopique a été fait et montre que le repli ary-épiglottique s'est comme dédoublé, soulevé par une tumeur. Celle-ci, recouverte par la muqueuse laryngée, s'avance dans le vestibule du larynx, dont elle occupe une grande partie. Elle masque la vue de la bande ventriculaire gauche, de la corde vocale gauche et ne laisse paraître que l'extrémité postérieure de la corde vocale droite, laissant ainsi à découvert l'épiglotte, la bande ventriculaire droite, le repli ary-épiglottique droit. Les cartilages aryénoïdes sont visibles ; le gauche est immobilisé.

On s'est arrêté à l'idée d'un kyste congénital.

M. Dudon a pensé qu'en raison de la rareté des tumeurs de cette région, il y avait quelque intérêt à présenter ce malade à la société. Pour lui, cette tumeur globuleuse, régulière, rénitente, en relation très nette avec le larynx, où elle fait une saillie considérable, ainsi que l'a montré le laryngoscope, est très vraisemblablement un kyste congénital. Bien qu'elle se soit subitement développée dans ces derniers temps, sa congénitalité ne peut être pour cela infirmée. C'est le propre de beaucoup d'affections congénitales de se révéler ainsi tardivement, et cela est surtout vrai pour les kystes. On a bien décrit dans la région thyro-hyoïdienne des hygromas prenant naissance dans la bourse séreuse de Boyer, mais ces hygromas occupent la ligne médiane et non la partie latérale. Il est bien plus probable qu'il s'agit d'un kyste d'origine branchiale.

L'examen de la pièce établira ce diagnostic d'une façon certaine et M. Dudon en rendra compte à la société

en même temps qu'il représentera le malade après l'opération. L'intervention sera simple ; elle consistera à découvrir la tumeur à l'aide d'une incision transversale courbe, et à l'extirper en la séparant des parties voisines par une dissection attentive, de manière à ne pas rompre le kyste et à ne pas ouvrir la muqueuse du côté du larynx. On pourrait se demander s'il ne serait pas indiqué de faire une trachéotomie préventive et d'employer la canule de Trendelenburg. M. Dudon pense qu'il pourra se passer de cette opération préliminaire.

Le 11 février 1895, M. Liaras présente à la Société d'Anatomie et de Physiologie, un malade qui a été vu avant l'opération et qui est maintenant guéri. Il montre le kyste du cou qui lui a été enlevé il y a dix jours.

L'opération a été facile et rapide ; la trachéotomie préalable avait été proposée ; M. le Dr Dudon a cru pouvoir s'en passer. Les rapports de la tumeur avec le larynx, qui semblaient rendre l'intervention dangereuse et difficile, n'étaient que des rapports de voisinage.

Le malade a conservé pendant quelques jours un peu d'enrouement, tel qu'on le constate dans les cas légers d'œdème du larynx. L'examen laryngoscopique montre l'affaissement de la saillie considérable que l'on avait constatée du côté gauche avant l'intervention.

Le kyste extirpé a le volume d'une petite mandarine. Son contenu est un liquide foncé, consistant, dans lequel le microscope décèle la présence de cristaux de cholestérine. L'examen histologique n'est pas terminé, mais il est probable que l'on se trouve en face d'un kyste congénital mucoïde ; l'adhérence de la tumeur à l'os hyoïde avait été, du reste, constatée pendant l'intervention.

L'examen histologique, pratiqué depuis, a montré que la paroi du kyste était formée de couches concentriques

de tissu connectif ou élastique. Dans cette paroi, il était facile de constater la présence de vaisseaux gorgés de sang. La mauvaise qualité de l'alcool dans lequel avait été placée la tumeur après son extirpation, a été cause d'une altération profonde de l'épithélium de revêtement interne. Aussi fut-il impossible de le voir nettement et de reconnaître sa nature.

Sur toute la surface externe de la paroi kystique, se trouvait une couche caractéristique de tissu thyroïdien. Cette constatation permet d'attribuer à ce kyste une origine thyro-linguale. Le segment de canal persistant, aux dépens duquel la tumeur s'est développée devait présenter quelques diverticules qui avaient donné des follicules thyroïdiens, lesquels, par leur groupement dans l'espace thyro-hyoïdien, constituaient en ce point une thyroïde accessoire.

OBSERVATION XXVII

Schlange (de Berlin). Communication au 23^e Congrès des chirurgiens allemands (*Centralblatt für chirurgie*, 1893, n. 30).

Fistule médiane, pour l'extirpation de laquelle il fallut réséquer la partie moyenne du corps de l'os hyoïde sur une étendue de un centimètre. Cette résection est indispensable pour obtenir la cure radicale des fistules qui dépassent le niveau de l'os hyoïde et atteignent la muqueuse de la racine de la langue. Dans le cas cité, le trajet fistuleux, muni de *diverticules ramifiés*, était revêtu d'un épithélium vibratile.

OBSERVATION XXVIII

Fistule sous-hyoïdienne congénitale médiane. J. L. Reverdin. In thèse de F. Buscarlet, Genève, 1893.

V... Albert, 16 ans, étudiant, m'est présenté au mois de juin 1891 par son père, pour une petite grosseur de date ancienne siégeant au cou, et qui tend à augmenter.

L'examen du cou montre, au niveau du bord inférieur de l'os hyoïde, à trois ou quatre millimètres à gauche de la ligne médiane, une toute petite dépression du volume d'une pointe d'aiguille fine, nette, ronde, qui paraît être l'orifice d'un petit conduit; en effet, la pression, mais surtout les mouvements de déglutition, en font sortir une fine gouttelette, transparente, incolore, très légèrement opaline, de consistance gélatineuse; l'examen microscopique ne m'y fait pas voir de cellules à cils vibratiles, mais quelques corpuscules ovalaires. La palpation fait sentir comme un cordon dur, sous-cutané, du volume d'un stylet ordinaire, qui se dirige vers le bord supérieur de l'os hyoïde, où l'on se perd; immédiatement en dehors du petit orifice, on trouve une petite grosseur du volume d'un pois environ, assez dure, non douloureuse, et qui se confond avec le petit cordon; c'est cette dernière grosseur qui paraît se développer depuis peu.

C'est à 18 mois environ que les parents ont aperçu la petite dépression cutanée, et rien ne s'y produisit jusqu'à il y a quatre ou cinq ans; à cette époque, il se forma dans la dépression une petite grosseur, légèrement douloureuse, sans rougeur de la peau. On y fit mettre de la teinture d'iode. Depuis cet hiver seulement est apparue la gouttelette de liquide, et, depuis quatre ou cinq mois, la petite grosseur à gauche de l'orifice.

J'essaye, avec un stylet filiforme de pénétrer, mais je n'entre qu'à deux ou trois millimètres, sans pouvoir enfler le conduit.

Pas d'autre malformation.

Diagnostic. — Fistule branchiale.

Je me propose de l'extirper. La chose est retardée, et l'opération n'est pratiquée que le 21 septembre 1891.

Je circonscris, par deux incisions transversales, un petit losange de peau comprenant la fistule en son milieu, puis je dissèque dans la profondeur, isolant des parties voisines une sorte de colonnette de tissu dur, comme fibreux, mais fort peu distincte des parties voisines ; je ne puis nettement voir où va aboutir cette petite masse, que je résèque et remets à M. Albert Mayor.

Nettoyage aux compresses stérilisées, employées aussi comme pansement avec un peu de gaze iodoformée.

Suture ; deux fils de catgut comme drain. Suites normales. Enlevé le drain de catgut le 23, les sutures le 25, réunion per primam sans fièvre ni douleur, ni gêne de déglutition.

Le 26 octobre, le jeune V... revient ; peu de jours après sa guérison, la cicatrice a commencé à se soulever ; peu à peu une grosseur s'est formée à son niveau ; elle tend à augmenter.

En effet, la cicatrice est soulevée et étalée de façon à laisser deviner sous elle une accumulation de liquide ; elle est transparente et le liquide paraît à peu près incolore ; la palpation permet de sentir au-dessus d'elle un petit cordon gros comme une petite plume de pigeon, qui remonte vers la partie moyenne de l'os hyoïde.

Il est évident que l'extirpation a été incomplète et que, l'orifice fistuleux fermé par la cicatrice, le liquide sécrété s'est accumulé ; c'est un kyste branchial qui succède à

une fistule branchiale opérée. La paroi du kyste paraît très mince.

Seconde opération le 29 octobre 1891. Ethérisation. Je circonscris l'ancienne cicatrice, c'est-à-dire la partie amincie de cette cicatrice, par deux incisions horizontales prolongées de façon à avoir environ quatre centimètres de longueur. Le kyste s'ouvre aussitôt et il s'en écoule un liquide d'apparence muqueuse. Cependant le cordon est facile à sentir, et j'en poursuis la dissection, qui m'amène sur le bord inférieur de l'os hyoïde sur la ligne médiane, puis sur sa face postérieure. Il n'est pas possible d'aller plus loin, et je coupe le plus haut possible le cordon; il est canaliculé, et on peut y introduire un stylet sur la coupe; donc l'ablation n'est pas absolument complète. Ligatures; lavage phéniqué.

Suture à la soie; un petit drain.

Suites normales; un peu de gêne de la déglutition le premier jour. Le 31, on ôte le drain; le 2 novembre, les sutures; bandelettes collodionnées.

Revu le 7 et le 16 novembre, la guérison persiste; aucune saillie au niveau de la cicatrice.

Revu en octobre 1892, la guérison persiste.

Examen histologique (première opération, 21 septembre 1891) par M. le Dr F. Buscarlet. M. Mayor a eu l'obligeance de nous remettre la pièce qui était conservée depuis longtemps dans le liquide de Müller. Nous avons achevé le durcissement à l'alcool après l'avoir lavée pendant plusieurs jours à l'eau.

Nous avons fait des coupes parallèles à la peau, c'est-à-dire transversales par rapport à l'axe du conduit.

La fistule consiste en un très petit canal, visible à l'œil nu, mais qui admettrait seulement une pointe d'aiguille dans son orifice, ou un crin très fin, et non un stylet. Ce conduit traverse les plans sous-cutanés en n'ayant qu'une

mince enveloppe conjonctive, ce qui explique la difficulté qu'on avait à le sentir pendant l'opération. La forme de l'orifice varie suivant les points ; ici elle forme un ellipsoïde allongé, là lozangique, ailleurs triangulaire ; mais partout les angles ou les extrémités de l'orifice se prolongent au-delà de la lumière, dans l'épaisseur des tissus, sous forme de sinus profonds.

A un faible grossissement, le revêtement intérieur de ce conduit paraît sous la forme d'une bande assez régulière par places, dentelée dans d'autres endroits ; elle manque en d'autres points.

A un plus fort grossissement, ce revêtement apparaît composé de cellules épithéliales stratifiées, dont les superficielles sont cylindriques, les profondes cubiques ou polyédriques. C'est donc un épithélium cylindrique stratifié. Mais les cellules superficielles, cylindriques, n'existent plus que dans quelques points de la paroi ; partout ailleurs on ne trouve plus que la couche des cellules de remplacement très épaisse. Les cellules cylindriques conservées sont du reste assez altérées ; beaucoup nagent dans la lumière du canal, détachées de la paroi. Elles ont un gros noyau qui siège dans le point où la cellule est renflée. Il n'y a pas de cils vibratiles.

Plus on se rapproche de la surface cutanée et plus le revêtement s'aplatit, de sorte que les cellules superficielles, de cylindriques, deviennent cubiques, pour se confondre ensuite avec le revêtement cutané.

Dans une des coupes nous avons trouvé un long diverticule creux, qui s'étend à une grande profondeur dans les tissus, et dont la lumière est tapissée d'un épithélium cylindrique stratifié.

Partout ailleurs, les diverticules se sont présentés à nous sous forme de boyaux remplis de cellules polyédriques, la coupe n'étant pas tombée sur la lumière de ces canaux.

Il n'existe pas de glandes, ni de formations épidermiques dans le voisinage de ce canal; en quelques points la lumière en est incomplète, tout à fait sur le bord des coupes, comme si la section opératoire n'avait enlevé qu'une partie de la paroi.

En résumé, canal irrégulier, si petit qu'il eût été impossible de le suivre pour le disséquer entièrement, présentant des diverticules, dont l'un en tout cas allant à une grande profondeur, tapissé d'un *épithélium cylindrique stratifié*.

Cet examen histologique explique comment il a pu y avoir récidence; un point de la paroi, un diverticule, ont pu être laissés; d'ailleurs le canal devait s'étendre au-delà des tissus enlevés. En tout cas, il n'existe aucun vestige d'un kyste dermoïde ou muqueux dans le voisinage de cette fistule, et qui aurait pu expliquer sa formation.

Deuxième opération. — 29 octobre. — Cette pièce était conservée depuis longtemps dans l'alcool lorsque nous avons eu à l'examiner, ce qui explique la difficulté que nous avons rencontrée à étudier le revêtement épithélial, tombé en grande partie. Voici ce que les coupes nous ont appris (coupes transversales).

La fistule est représentée par deux orifices irréguliers, qui sont la lumière de deux conduits tortueux, irréguliers, anfractueux, de calibre inégal, et s'étendant jusqu'aux limites du tissu qui a pu être enlevé. Ces deux orifices sont très peu distants l'un de l'autre et sont allongés, formant deux ellipses, placées bout à bout dans une gangue épaisse de tissu fibreux, qui leur forme une capsule et les isole l'un de l'autre.

La lumière de ces orifices fistuleux existe à peine, leurs deux parois étant à peu près accolées l'une à l'autre. Ces parois présentent des dépressions, des sinus, des diver-

ticules allongés, qui s'en vont assez loin dans la profondeur du tissu fibreux environnant. Ils sont en général simples et sans ramifications latérales.

Le revêtement qui tapisse ces canaux et leurs dépressions est tombé en partie, mais on le retrouve dans quelques points, notamment au niveau des dépressions et des culs-de-sac diverticulaires. Là on trouve des amas de cellules en palissade reposant sur une couche de cellules moins allongées et polyédriques. Il s'agit donc d'*épithélium cylindrique stratifié*. Quelques cellules portent encore des *cils vibratiles*, mais la plupart sont si altérées, si déformées, que ces prolongements sont tombés. Dans la lumière du canal nagent des débris cellulaires, des cellules altérées, et quelques cellules entraînées par la coupe du rasoir et détachées de la paroi. Là encore nous en trouvons quelques unes munies de cils vibratiles.

On a remarqué qu'il n'y avait pas seulement un orifice fistuleux sur les coupes, mais deux accolés l'un à l'autre. On ne peut pas admettre qu'il s'agisse là d'un seul canal tortueux, que la coupe atteindrait en même temps sur deux points de son trajet ; cette disposition ne se représenterait pas aussi régulièrement sur toute son étendue.

S'il s'agissait d'un diverticule du canal principal parallèle à celui-ci, on en trouverait l'origine, mais les deux canaux existent jusqu'au point où les tissus ont été enlevés.

L'un d'eux est, il est vrai, de moins en moins considérable à mesure qu'on s'approche de la surface cutanée et ne semble pas s'y ouvrir.

Ce qui nous paraît le plus probable, c'est que, lors de la récidue, deux diverticules de la fistule primitive laissés se sont agrandis du côté de la peau et ont causé la fistule en question.

Au niveau de la cicatrice, l'épithélium de la fistule a

disparu et nous ne pouvons savoir comment il se comportait au voisinage du revêtement cutané.

Quant à la poche kystique qui a été ouverte au moment de l'opération, elle avait des parois fibreuses, mais le revêtement épithélial n'existait plus.

En résumé, canal irrégulier, présentant des dépressions, des diverticules, mais *épithélium cylindrique à cils vibratiles*, avec la particularité qu'il y avait deux trajets fistuleux voisins l'un de l'autre et de très petit calibre.

Cette présence des cils vibratiles dans le trajet fistuleux récidivé n'a rien qui surprenne; ils ont très bien pu disparaître dans le trajet primitif, à la longue, et au voisinage de l'air extérieur.

OBSERVATIONS XXIX-XXXVI

Huit cas de kystes mucoïdes.

A. Streckeisen. Beitrage zur morphologie der Schilddrüse (*Arch. f. path. an. u. phys.* CIII. heft. 1, p. 131, et heft. 2, p. 215).

Résumé.

Au cours de ses recherches sur la glande thyroïde sus-hyoïdienne déjà décrite par Verneuil puis par Zucker-Kandl et Kadyi, Streckeisen a examiné 130 cadavres. Huit fois il a trouvé des kystes mucoïdes associés aux thyroïdes accessoires. Quelques-uns de ces kystes avaient seulement un millimètre dans leur plus grand diamètre; d'autres dépassaient la hauteur de l'os hyoïde. Leur cavité était le plus souvent cloisonnée. Ils étaient pourvus d'une paroi propre formée de tissu conjonctif fibreux, doublée de prolongements émanés du périoste de l'os hyoïde. Leur revêtement épithélial était formé en partie

de *cellules cylindriques* ou *cubiques à cils vibratiles*, en partie de cellules plates. Les formes les plus différentes existaient dans le même kyste. Variable aussi était le contenu; tantôt clair, filant, tantôt brunâtre, de consistance sirupeuse, il pouvait avoir l'apparence du lait.

Dans deux cas, l'auteur a trouvé un *canal* partant du kyste pour se diriger vers la base de la langue, sur la ligne médiane, canal étroit, tapissé d'un *épithélium à cils vibratiles* et se terminant en cul-de-sac après un trajet plus ou moins long. Assez souvent on voyait partir du kyste des *canaux ampullaires* simples ou ramifiés qui se dirigeaient vers une glande thyroïde sus-hyoïdienne dans laquelle ils pénétraient. Ils étaient revêtus d'épithélium plat.

Dans un cas, un canal long de 5 centimètres, revêtu d'épithélium cubique, partait d'un kyste arrondi et se dirigeait en haut. Une autre fois, il y avait au sommet de la pyramide un kyste surmonté d'un canal qui se dirigeait verticalement en haut, vers l'os hyoïde.

Enfin une fois, l'auteur a rencontré un canal de Bochdalek s'étendant de la langue jusqu'à l'os hyoïde sur la face antérieure duquel il envoyait des prolongements.

OBSERVATION XXXVII

A. Chemin. Thèse de Bordeaux, 1895-96.

Au cours des 40 dissections qu'il a pratiquées, l'auteur a plusieurs fois trouvé des segments persistants du canal thyro-lingual. Sur un sujet mort accidentellement, en écartant les muscles génio-glosses, il vit leur interstice beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, et présen-

tant un aspect particulier. La dissection soigneusement faite, laissa voir un cordon de la grosseur d'une petite plume d'oie. Ce cordon passait derrière l'os hyoïde, sous forme d'un tractus fibreux, mince et appliqué étroitement contre la concavité de l'os, pour se continuer avec le sommet d'une pyramide de Laouette bien développée née de la réunion du lobe droit et de l'isthme du corps thyroïde. Une pression légère exercée avec le manche du scalpel sur la membrane hyoglossienne faisait sourdre une petite goutte de liquide jaune et transparent par le foramen cœcum. Ce même liquide se retrouvait dans la portion du canal touchant le bord supérieur de l'os hyoïde; il semblait tout à fait analogue à du liquide colloïde. Des coupes furent pratiquées sur la portion du tractus laissée intacte.

A 1 centimètre 1/2 environ de profondeur au-dessous de la base de la langue, c'est-à-dire au niveau du foramen cœcum prolongé, existait un canal cylindrique. Il était impossible d'y découvrir un épithélium; toutefois, à un fort grossissement, on apercevait çà et là, dans quelques points de la paroi, *quelques cellules cylindriques*. Sur les côtés du canal principal, des petites cavités secondaires, quelquefois anfractueuses; plusieurs d'entre elles étaient tapissées par un *épithélium cylindrique*, ce qui pourrait faire supposer que le canal et les cavités voisines possédaient primitivement cet épithélium cylindrique tombé par le fait de la dégénérescence cadavérique, car ce sujet avait déjà plusieurs jours de dépôt. Autour de la grande cavité comme des petites, une couche de tissu fibreux. En dehors de cette couche fibreuse, un tissu lacunaire ressemblant à celui de la glande thyroïde et coloré en violet foncé par l'éosine hématoxylique. Les glandes muqueuses, situées plus excentriquement, étaient moins fortement colorées; le tissu musculaire de la langue remplissait le reste de la préparation. Au-dessous de

ce point, le canal principal disparaissait, mais les lacunes, assez analogues à des follicules thyroïdiens, persistaient encore, mêlées aux glandes muqueuses de la langue et aux fibres musculaires. Il semble donc que le canal était interrompu à ce niveau ; il existait au-dessous, puisque j'ai ouvert sa cavité au bistouri ; il existait au-dessus, représenté par cette exagération de profondeur du foramen cœcum. Peut être les deux cavités communiquaient-elles par les petites lacunes signalées plus haut, d'autant plus que la pression sur la membrane hyoglossienne avant l'ouverture du canal faisait sourdre du liquide colloïde par le foramen cœcum. Quoiqu'il en soit, je rapprocherai cette observation de celle de Bernays, qui a vu des kystes sus-hyoïdiens, précédés par un canal de Bochdalek très développé, entourés de tissu thyroïdien normal.

Ce n'est qu'après de longues et consciencieuses recherches que nous avons pu réunir les 41 observations qui précèdent. Nous aurions voulu y joindre celle d'un malade, opéré tout dernièrement par M. le professeur Demons, pour un kyste thyro-hyoïdien présentant des connexions étroites avec l'os hyoïde. L'examen histologique des pièces n'étant pas encore pratiqué, elle eût été incomplète et nous avons préféré la laisser de côté.

Lorsque nous avons entrepris ce travail, notre intention était de publier deux séries d'observations. La première, que nous donnons seule aujourd'hui, aurait renfermé toutes celles qui par leurs caractères cliniques, anatomiques et surtout histologiques, sont absolument certaines. La seconde que nous sommes contraints, pour ne pas élargir encore le cadre de cette monographie déjà bien

longue, de signaler seulement, aurait compris celles où l'examen histologique n'a malheureusement pas été fait. Ces dernières, beaucoup moins probantes il est vrai, sont néanmoins des plus intéressantes. On les trouvera dans la thèse de Cusset; dans celle de Mlle Sulicka, dans les savants travaux de Lannelongue et Achard, Lannelongue et Ménard; dans les *Bulletins de la Société Anatomique de Paris* (Maubrac, juillet 1885, J.-L. Faure, juin 1893) et de *Bordeaux* (Guérin, 1893). La littérature étrangère en fournit de nombreuses; celles de Parkin, Norton, Reginald H. Lucy, Bland Sutton, sont des plus instructives.

Nos quatre premières observations ont servi à démontrer que certains kystes de la langue et du cou ne peuvent naître que d'un segment de canal thyro-lingual anormalement persistant, les trente-sept autres, que ces kystes sont bien loin d'être des raretés pathologiques. Dans toutes, on trouve réunis d'importants caractères qui établissent d'une façon irréfutable, croyons-nous, des liens de parenté étroite entre les cas dont nous rapportons l'histoire. Il est possible que bien d'autres observations aussi complètes, aussi démonstratives, existent dans la littérature médicale. Malgré nos plus minutieuses recherches, nous n'avons cependant pu les découvrir. Aussi espérons-nous que nos juges d'abord, nos lecteurs ensuite, nous tiendront compte de nos efforts et excuseront, si regrettables qu'elles soient, nos omissions involontaires.

Nous n'avons eu qu'un but : Réunir des faits probants, esquisser un chapitre de pathologie que d'autres, plus autorisés que nous, reprendront assurément et compléteront. Il n'est pas possible qu'une question aussi intéres-

sante tant au point de vue théorique qu'au point de vue
de celle-ci. L'attention de tous ceux qui ont à
faire de faire entrer dans le domaine des vérités défini-
tivement acquises, les conceptions que permettent les
nécessants progrès de l'embryogénie et de l'anatomie
pathologique.

TROISIÈME PARTIE

Pathologie

I

DÉFINITION. HISTORIQUE.

Sous le nom de *kystes du canal thyro-lingual*, nous nous proposons de décrire des tumeurs liquides congénitales, à caractères cliniques assez peu tranchés, mais présentant une structure anatomique spéciale, et siégeant dans les divers segments qui peuvent subsister après l'occlusion et la disparition du conduit qui, durant les premières phases de la vie embryonnaire, réunit la base de la langue à la thyroïde médiane.

L'histoire de ces productions morbides date à peine de ces trente dernières années, et si l'on peut, en compulsant les traités et mémoires antérieurs, relever un certain nombre d'observations se rapprochant de celles que nous citons plus haut, nulle part, la pathogénie de ces

tumeurs n'est comprise de la même façon que de nos jours.

Bochdalek, le premier, en 1866, émit l'idée que ces formations kystiques pouvaient bien résulter d'une ectasie du canal qui porte son nom, ou de l'un de ses diverticules. A l'appui de cette opinion, il apportait l'observation d'un kyste situé dans la partie postérieure du génio-glosse droit, kyste tapissé intérieurement d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Généralisant sa théorie, il proposait d'attribuer la même origine à toutes les tumeurs liquides de la partie postérieure de la langue, décrites jusqu'alors sous le nom de grenouillettes.

Les idées de Bochdalek étaient depuis longtemps tombées dans l'oubli, lorsque Neumann, en 1877, les reprit pour son propre compte, et, comme l'avait fait son prédécesseur, les défendit à l'aide d'une observation devenue aujourd'hui classique.

L'hypothèse de Bochdalek-Neumann parut-elle erronée, ou bien doit-on attribuer au manque d'observations le silence qui se fit autour d'elle, toujours est-il qu'il n'en fut plus question jusqu'en 1881, époque à laquelle Verneuil la rappela incidemment à propos de la présentation faite par M. Nicaise à la Société de chirurgie, d'un kyste dermoïde de la pointe de la langue, n'offrant d'ailleurs aucun rapport avec les tumeurs que nous étudions.

Quatre ans plus tard, en 1885, dans un mémoire présenté à la Société Anatomique de Paris et qui eut un grand retentissement, MM. Verchère et M. Denucé s'appuyant sur l'embryologie et l'anatomie pathologique, se firent avec une telle conviction les défenseurs de cette

théorie pathogénique, qu'on peut à juste titre les considérer comme ses propagateurs en France. Dans leurs conclusions, ces auteurs mettaient la question absolument au point, se gardant bien de toute opinion extrême.

Malheureusement on n'eut pas la même réserve à l'étranger, et un certain nombre de chirurgiens, parmi lesquels nous devons surtout citer Bland Sutton et Streckeisen, attribuèrent la même origine à tous les kystes médians de la langue et du cou, tenant compte surtout de leur situation et de leurs connexions, sans souci de leurs caractères anatomo-pathologiques.

Dans leur *Traité des affections congénitales*, dont le tome I, publié en 1891, a seul paru, M.M. Lannelongue et Ménard s'élèvent avec raison contre cette manière de voir ; Mais leur appréciation sur le rôle joué par MM. Verchère et M. Denucé, est d'autant plus injuste, que leurs conclusions sont absolument identiques à celles de ces auteurs.

La même année, dans un article du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, M. A. Broca s'exprime ainsi : « Dans ce livre « *Traité des affections congénitales*, de Lannelongue et Ménard », il y a un point qui diffère assez notablement des idées que j'ai émises sur le rôle des invaginations thyroïdiennes dans la genèse des kystes et fistules de la base de la langue et de la région thyro-hyoïdienne. Lannelongue et Ménard ne nient, d'ailleurs, nullement que cette invagination puisse jouer un rôle, mais à leur sens, c'est tout à fait exceptionnel. Mais je ferai observer, pour les kystes linguaux et sublinguaux surtout, que les auteurs ont omis une

division que je crois importante. Ils réunissent en un même chapitre les kystes médians de la langue et de la région sus-hyoïdienne. Or il est bien certain que le canal de Bochdalek n'a rien à voir avec les kystes dermoïdes de la pointe de la langue et du plancher buccal. Mais je crois que l'on doit l'invoquer pour expliquer les kystes et fistules médians et mucoïdes de la base de la langue et de la région thyro-hyoïdienne. »

En 1893, M. F. Buscarlet présenta pour obtenir le titre de Privat-docent de Chirurgie à l'Université de Genève, une thèse intitulée : « *Contribution à l'étude des fistules branchiales. Fistules du canal de Bochdalek.* » Dans ce travail très documenté, les idées de Bochdalek-Neumann sont considérées comme absolument exactes. L'opinion de l'auteur n'a d'ailleurs fait que se préciser depuis, et tout récemment encore, dans une lettre qu'il a bien voulu nous adresser en réponse à une demande de renseignements, il s'exprime ainsi : « Mon opinion est absolument certaine ; les fistules médianes du cou ne sont pas des fistules branchiales, mais des fistules résultant de la persistance du canal thyro-lingual. Aussi le titre de ma thèse est-il mal choisi ; j'aurais dû mettre : *Contribution à l'étude des fistules provenant du canal de Bochdalek faussement comprises dans les fistules branchiales* ». »

En 1894, la thèse de Mlle Sulicka, « *Contribution à l'étude des fistules et kystes congénitaux du cou. Kystes et fistules du canal de Bochdalek* », écrite sous l'inspiration de M. A. Broca, apporte de nouveaux et précieux documents à l'appui de la théorie que nous défendons.

La même année, M. le professeur agrégé M. Denucé, dans une communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, élargissait le cadre de sa première hypothèse, et attribuait une origine thyro-linguale à tous les kystes congénitaux revêtus intérieurement d'un épithélium cylindrique cilié, qu'ils fussent linguaux, sus ou sous-hyoïdiens.

A cette liste déjà longue de Mémoires et de Communications aux Sociétés savantes, nous devons ajouter les très intéressantes observations éparses dans la littérature étrangère de ces dernières années. Hœckel et Schlange, en Allemagne; Parkin, Morton, Durham, en Angleterre, en ont publié de précieuses. Grâce à tous ces documents et à nos connaissances de plus en plus précises en embryologie, grâce surtout à l'emploi raisonné du microscope, la lumière peut être considérée comme faite sur cette variété absolument distincte de kystes congénitaux, englobée, il n'y a pas longtemps encore, dans le groupe si vague et si diffus des kystes d'origine branchiale.

II

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

Il n'est plus possible, à l'heure actuelle, de considérer ces tumeurs liquides comme des raretés pathologiques. La meilleure preuve de leur fréquence relative est fournie par les observations qui sont citées dans la seconde partie de ce travail. Il est fort probable qu'il en existe d'autres qui nous ont échappé malgré toute l'attention apportée à nos recherches, et surtout, que leur nombre augmentera rapidement à mesure que l'attention sera attirée sur ce point et que systématiquement, on pratiquera l'examen microscopique de tous les kystes de la langue et du cou.

L'hérédité ne paraît jouer aucun rôle dans leur développement.

L'influence du sexe n'est nullement établie, et il serait sage, croyons-nous, de n'y ajouter aucune importance.

C'est en général à la naissance ou dans la première enfance, que ces tumeurs font leur apparition. Mais à ce moment, elles sont, dans la majorité des cas, à peine perceptibles, et n'apportent aucun trouble à l'accomplisse-

ment des diverses fonctions. Nullement inquiets, les parents n'y portent qu'une attention relative, et ne songent pas à consulter le médecin. Ce n'est qu'un peu plus tard, à l'adolescence ou à l'âge adulte, que ce dernier est appelé, soit que la tumeur, cessant de rester stationnaire, ait rapidement pris un certain volume, soit que la coquetterie s'éveillant, les sujets atteints de cette légère difformité pensent à s'en débarrasser. Dans ces divers cas, il est toujours possible de retrouver la notion de congénitalité. Mais il est des circonstances où elle manque absolument, le malade étant dans un âge assez avancé, et affirmant que sa tumeur n'a débuté qu'à une époque plus ou moins rapprochée. Toutefois, ces débuts tardifs ne doivent pas nous surprendre, car le tout est de s'entendre sur le sens exact du mot congénital. Comme l'a fort bien fait remarquer le professeur Lannelongue, « l'expression de congénital, appliquée au mot kyste, n'implique pas qu'il existe au moment même de la naissance; elle indique seulement que son existence se rattache à un trouble de développement, lequel peut ne se révéler qu'à un âge fort avancé. » C'est d'ailleurs un fait d'observation déjà ancienne, qu'on ne peut pas seulement comprendre dans la classe des affections congénitales celles qui existent au moment même où l'enfant vient au monde, et l'étude des hernies inguinales congénitales nous en fournit de nombreuses preuves.

Donc, si la congénitalité de ces tumeurs n'est pas toujours évidente au sens clinique du mot, à son sens pathogénique, elle est certaine. Il faut, en effet, pour qu'elles se développent, qu'en un quelconque de ses segments, le

canal thyro-lingual persiste. Lors de la discussion de nos observations fondamentales nous l'avons suffisamment établi, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir ici.

A cette persistance d'un conduit embryonnaire, représentant en quelque sorte le germe du kyste futur, doit assurément se joindre une cause secondaire, qui favorise le développement de ce germe. Mais cette cause nous échappe absolument, et si nous voulions expliquer l'apparition plus ou moins tardive de ces tumeurs, suivant les cas, nous ne pourrions faire que des suppositions sans grande valeur.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Au point de vue de leur aspect général, ces kystés ne présentent rien de bien particulier. Constitués par une poche unique, absolument lisse extérieurement, rarement accidentée intérieurement, à laquelle adhèrent quelques particules des tissus environnants, ils possèdent parfois des diverticules que l'on peut apercevoir à un examen macroscopique, et surtout un pédicule plus ou moins fibreux qui les rattache tantôt à l'os hyoïde, tantôt à la base de la langue.

Leur volume est extrêmement variable. Streckeisen, dans ses recherches sur le cadavre, en a rencontré de la grosseur d'un grain de chènevis, d'un pois, et parfois d'une cerise. Dans l'immense majorité des cas, il est comparable à celui d'une noisette ou d'une noix. Mais il peut être aussi beaucoup plus considérable, et alors on a une tumeur qui, située dans la langue, transforme cet organe en une véritable cavité kystique, développée au devant du cou; constitue une saillie non seulement disgracieuse, mais absolument gênante.

Le plus communément, leur forme est arrondie ou comparable à celle d'un ovoïde ne présentant ni saillies ni dépressions, et par suite, complètement lisse et régulier. Dans certains cas, on peut constater des modifications de cette forme générale, modifications dues à l'adaptation de la tumeur aux contours de l'espace laissé libre par les organes qui l'environnent.

Leur coloration est en général d'un blanc jaunâtre, qui n'a rien de bien caractéristique. D'ailleurs, elle peut varier suivant l'épaisseur des parois et les altérations consécutives du kyste.

En considérant la situation du segment de canal thyroïdial aux dépens duquel ces productions morbides se développent, on peut les diviser en trois catégories absolument distinctes et très commodes pour l'étude :

1° *Kystes linguaux.*

2° *Kyste sus-hyoïdien.*

3° *Kystes sous-hyoïdiens.*

Les premiers font généralement saillie sur le dos de la langue, au voisinage même du foramen cœcum. Mais dans certains cas, ils produisent un gonflement diffus de la base de l'organe, et semblent émerger de sa partie fixe, lorsque, après un certain temps, ils viennent faire saillie à sa face inférieure, sur le plancher buccal. C'est dans ces circonstances qu'ils peuvent avoir une apparence bilobée, due à la barrière que le frein lingual oppose à leur développement.

Les seconds ont été divisés par Streckeisen en quatre groupes distincts :

1° *Pré-hyoïdiens*, plus superficiels que le muscle mylo-hyoïdien, sous-cutanés par conséquent.

2° *Supra-hyoïdiens*, entre les génio-hyoïdiens ou dans leur épaisseur.

3° *Epi-hyoïdiens*, entre les génio-glosses, au-dessus des muscles précédents.

4° *Intra-hyoïdiens*, dans la concavité de l'os hyoïde.

Ce que nous savons de la nature de ces kystes, de la formation de l'os hyoïde et des anomalies que présente parfois le canal thyro-lingual dans son évolution, peut jusqu'à un certain point justifier cette classification. Mais elle n'en est pas moins artificielle, car, comme le font si bien remarquer MM. Lannelongue et Ménard, les kystes qui semblent sous-cutanés sont en réalité profondément placés. Ils le sont en effet, à leur origine, et leur situation plus ou moins superficielle, lorsqu'on est appelé à les voir, n'est que secondaire.

Les kystes de la troisième catégorie, bien que le plus souvent situés dans l'espace thyro-hyoïdien, peuvent se rencontrer en un point quelconque de l'espace qui s'étend entre l'os hyoïde et l'isthme thyroïdien. A mesure qu'ils se développent, ils s'insinuent entre les deux muscles sterno-hyoïdiens que sépare une légère trainée celluleuse, et viennent faire saillie sous la peau, car le plan résistant du larynx ne leur permet pas de s'étendre en arrière.

Qu'ils appartiennent à l'une ou à l'autre des trois catégories que nous avons établies, ces kystes occupent le plus souvent la ligne médiane. Il arrive parfois qu'ils sont un peu déviés à droite ou à gauche, mais c'est l'exception.

Dans tous les cas, ils sont reliés par un prolongement soit à l'os hyoïde seul, soit à la base de la langue et à l'os hyoïde, soit à ce dernier et à la pyramide de Lalouette. Ce pédicule, parfois creux et constituant un véritable canal, est le plus souvent plein avec toute l'apparence d'un tractus fibreux.

Outre ces connexions, dont l'Embryologie nous donne une explication suffisante, ces tumeurs liquides contractent quelquefois des adhérences avec les tissus voisins; mais ces dernières sont toujours secondaires et dues à l'inflammation et à la suppuration de la poche kystique.

Considérés en eux-mêmes, ces kystes présentent à étudier : 1° *Une paroi*; 2° *Un contenu*.

La *paroi* est le plus souvent résistante; son épaisseur atteint et dépasse même un millimètre. Sa face externe, comme nous l'avons déjà signalé, est en général lisse, et très peu adhérente aux parties voisines. Sa face interne n'est jamais complètement lisse et unie, mais présente assez souvent des sinuosités, des plis, des diverticules plus ou moins nombreux.

Sur des coupes pratiquées après durcissement, et colorées au picro-carminate d'ammoniaque, on trouve que cette paroi est constituée par des éléments inconstants, fibres musculaires, débris de bourses muqueuses, tissu thyroïdien, restés adhérents au kyste lors de son extirpation, et des éléments constants qui sont, en allant de dehors en dedans :

1° Des lamelles concentriques de tissu connectif ou élastique, dont les plus externes prennent mieux la coloration que les internes.

2° Un épithélium de forme et d'aspect particulier. Ses cellules sont petites et transparentes ; elles possèdent un noyau assez petit, mais parfaitement net et se colorant bien. De forme allongée, elles présentent une petite extrémité tournée du côté de la paroi, et une grosse, en forme de plateau finement strié, qui regarde la cavité du kyste.

A la surface libre de ces cellules, on distingue très fréquemment des cils vibratiles. Mais ces derniers peuvent manquer, soit que le kyste ait suppuré, soit que son revêtement interne ait été altéré par un vice de technique. Dans tous les cas, on retrouve toujours dans cette couche interne, les caractères d'une muqueuse.

Le *contenu* de ces kystes est assez variable. Le plus souvent visqueux, filant, analogue à du blanc d'œuf non cuit, rappelant également le mucus utérin ou nasal, il est parfois citrin, de consistance huileuse, et tache le papier. Suivant qu'il est mélangé à une plus ou moins grande quantité de sang, il peut être également rouge brun ou couleur chocolat. D'ailleurs, dans sa coloration pas plus que dans sa consistance, il ne faut chercher un caractère pathognomonique. Sa quantité est en raison directe du volume du kyste, et comme ce dernier, n'atteint jamais des proportions considérables. Les éléments figurés qui flottent dans ce liquide sont des plus variés. On y trouve des cellules cylindriques avec ou sans cils vibratiles, des leucocytes, quelques hématies, des cristaux de cholestérine et des granulations amorphes. Lorsque le kyste a suppuré, on y rencontre également les microbes ordinaires de la suppuration.

La composition chimique de ce liquide n'a malheureu-

sement jamais été étudiée. Aussi est-il à souhaiter que cette lacune soit promptement comblée.

Au point de vue bactériologique, le contenu de ces kystes a été étudié par le professeur Lannelongue, et nous ne pouvons mieux faire que citer ici ses conclusions : « Nous croyons donc pouvoir conclure de ces recherches que les kystes mucoïdes, tant que leurs paroisont conservé les caractères des tissus normaux et que leur cavité n'a pas été mise en communication avec l'extérieur, ne renferment pas de microbes, ou du moins ne renferment pas de microbes cultivables dans les milieux qui sont actuellement d'un emploi ordinaire en bactériologie. »

IV

SYMPTOMES.

A côté d'un certain nombre de symptômes communs à toutes ces tumeurs liquides, quelle que soit leur situation, il en est de particuliers à chacune d'elles. Aussi croyons-nous utile d'étudier séparément, au point de vue de leur symptomatologie, les kystes linguaux, les kystes sus-hyoïdiens et les kystes sous-hyoïdiens.

Lorsqu'ils se développent chez de très jeunes enfants, les premiers révèlent immédiatement leur présence par les troubles qu'ils apportent à l'allaitement. Le petit malade ne présente alors le plus souvent qu'un gonflement diffus de la base de la langue, ou une légère saillie sur la face dorsale de cet organe, saillie qui siège à peu près au sommet du V. Chez les adolescents et les adultes, ils produisent si peu de troubles fonctionnels, sont si peu apparents au début, que ceux qui en sont porteurs restent parfois de longues années sans consulter un médecin, et ne s'y décident qu'au moment où surviennent des déformations disgracieuses et gênantes. Si on les interroge, on apprend alors, du moins dans la plupart des cas, que

la tumeur dont ils veulent être débarrassés, a fait son apparition bien des années auparavant, parfois même, très peu de temps après la naissance. Mais à ce moment elle était très petite, demeurait stationnaire, ne causait aucune gêne, en un mot, n'attirait presque pas l'attention. Ce n'est que depuis peu qu'un besoin continu de déglutir, besoin qui ne peut être satisfait sans une certaine gêne, s'est fait sentir. Inquiets, croyant à une affection du larynx, ils viennent alors consulter. En les examinant, on trouve tantôt une petite tumeur au niveau du foramen cœcum, sur le dos de la langue, tantôt un gonflement plus ou moins prononcé de toute la base de cet organe, tantôt enfin, une saillie plus ou moins nette sur le plancher de la bouche, mais saillie qui semble émerger de la partie fixe de la langue. Lorsque cette saillie est assez volumineuse, elle peut présenter un aspect bilobé. C'est qu'alors le frein lingual s'opposant à son développement en avant, la divise en quelque sorte par le milieu. Dans tous les cas, la muqueuse ne subit jamais de changements bien nets, et presque toujours conserve son aspect rosé. Au toucher, elle paraît lisse, douce, mobile sur les plans sous-jacents, ce qui indique bien nettement qu'elle n'a pas contracté d'adhérences avec la paroi du kyste. On a dit que ces kystes pouvaient être parfois absolument transparents. Cette particularité ne peut s'expliquer que par une véritable dissociation ou un écartement des muscles, suivi d'un amincissement très prononcé de la muqueuse.

Malgré la palpation la plus attentive, il n'est pas toujours possible de délimiter nettement la tumeur. Dans la majorité des cas, on trouve une tuméfaction plus ou

moins étendue, de consistance molle, donnant souvent la sensation de la véritable fluctuation. Lorsque cette dernière n'est pas absolument franche, la pression du doigt laisserait, d'après Linhart, une empreinte assez persistante à la surface du kyste.

Les déformations dues au développement exagéré de ces tumeurs liquides rappellent de très près celles que l'on trouve chez les sujets atteints de macroglossie : dimensions considérables de la langue qui fait saillie hors de la bouche, déviations des arcades dentaires, déformations des maxillaires.

Les troubles fonctionnels qu'elles déterminent sont en rapport avec leur volume. Chez le nouveau-né, un kyste même très minime, gêne considérablement la succion, et c'est là, comme nous l'avons déjà dit, le premier signe qui attire l'attention. Chez l'adulte, au contraire, les fonctions de la bouche ne sont entravées qu'assez tard. Par suite des déplacements que subit la langue, lorsque la tumeur a acquis une certaine dimension, la mastication et l'insalivation des aliments se font d'une façon défectueuse, et la déglutition devient souvent très pénible. Dans certains cas on a noté une salivation abondante provenant d'une excitation continuelle de la sécrétion salivaire par le kyste. La phonation est toujours plus ou moins altérée. Le malade a fréquemment la parole pâteuse, se voit parfois dans l'impossibilité de prononcer certains mots, et d'une façon générale, parle très difficilement. Presque toujours, la respiration continue à s'effectuer d'une façon normale. Cependant, on conçoit parfaitement que la langue, soulevée par la tumeur et repous-

sée en arrière, puisse venir s'appliquer sur l'épiglotte et entraver ainsi le fonctionnement de l'appareil respiratoire.

Lorsqu'ils occupent la région sus-hyoïdienne, ces kystes peuvent passer inaperçus, ou du moins n'attirer que très faiblement l'attention durant de longues années, en raison de leur volume minime et de l'absence complète de troubles fonctionnels. Ce n'est bien souvent que fort longtemps après leur apparition, que ceux qui en sont porteurs, soit par coquetterie, soit par crainte de les voir suppurer, viennent demander au médecin de les en débarrasser. S'ils ne sont pas toujours affirmatifs sur leur origine congénitale, très fréquemment ils les font remonter aux premières années de leur enfance, disant que d'abord extrêmement petits, ils ont grossi peu à peu, mettant des années et des années à atteindre leur volume actuel. Ce dernier est en général celui d'une noisette ou d'une noix. Placée sur la ligne médiane, rarement en dehors d'elle, cette petite tumeur occupe l'un des points de l'espace compris entre la symphyse maxillaire et l'os hyoïde. Elle semble faire saillie immédiatement sous la peau, et n'avoir aucune relation avec le plancher de la bouche. De consistance molle, elle paraît le plus souvent très nettement fluctuante. La peau qui la recouvre a conservé ses caractères normaux et glisse parfaitement à sa surface. Si, la prenant entre les doigts, on essaie de la déplacer, on parvient facilement à lui imprimer des mouvements de latéralité; mais presque toujours, on ne peut ni l'élever ni l'abaisser. Par une palpation attentive, on arrive dans certains cas à sentir, du côté de son pôle

supérieur, un cordon dur, résistant, qui semble s'enfoncer dans les parties molles et qu'il est impossible de suivre bien loin ; du côté de son pôle inférieur, un cordon identique au précédent, qui paraît se fixer à l'os hyoïde. Mais bien souvent, ces pédicules supérieurs et inférieurs ne sont pas très nets, et on les devine plutôt qu'on ne les sent. Dans cette région, les troubles fonctionnels manquent absolument, et la seule déformation que l'on puisse signaler est la saillie plus ou moins visible et disgracieuse que fait la tumeur sous la peau.

Au-dessous de l'os hyoïde, ces kystes peuvent se développer en l'un quelconque des points de l'espace compris entre cet os et l'isthme du corps thyroïde ; mais le plus fréquemment, ils occupent la petite région thyro-hyoïdienne, et sont appliqués sur la membrane de ce nom. Quel que soit d'ailleurs leur siège exact, ils apparaissent sous forme d'une petite masse plus ou moins arrondie, grosse à peine comme un pois. Située tantôt sur la ligne médiane, tantôt légèrement à droite ou à gauche, cette minuscule tumeur augmente lentement et progressivement de volume, et présente, lorsque le médecin est appelé à l'examiner, celui d'une noisette ou d'une noix. Il est des cas cependant, où elle se développe beaucoup plus rapidement, et atteint des proportions plus grandes. Mais toujours, sa surface paraît lisse et arrondie, donnant à la palpation une sensation de mollesse particulière ou de fluctuation manifeste. La peau qui la recouvre n'est nullement altérée tant que des complications ne se sont point produites, et glisse librement au-dessus d'elle. Si l'on essaie la petite manœuvre que nous

avons signalée pour les kystes sus-hyoïdiens, on arrive comme précédemment à déplacer la tumeur dans le sens latéral, à la détacher du plan sous-jacent, mais on ne parvient ni à l'élever ni à l'abaisser. Lorsque les pédicules sont nettement perçus, le supérieur semble s'enfoncer derrière l'os hyoïde, et l'inférieur se perdre dans la masse thyroïdienne. Mais ce sont là des caractères qui demandent à être recherchés très attentivement, et qui font parfois défaut.

Entraînées avec le larynx dans les mouvements de déglutition, ces tumeurs ne déterminent généralement aucun trouble fonctionnel. On conçoit cependant, que si elles prenaient un développement excessif, elles amèneraient une gêne assez notable des mouvements laryngés. Dans l'une des observations qui précèdent (XXVI) on trouve notés : le dédoublement du repli ary-épiglottique, une dyspnée passagère, une certaine altération de la voix. Mais c'est là l'exception. En général leur seul inconvénient, avant l'apparition de toute complication, est la légère difformité qui résulte de leur présence au devant du cou. Aussi est-ce souvent pour cette seule raison que le médecin est consulté.

Parmi les caractères que nous venons d'énumérer, il en est deux de communs à tous ces kystes, qu'ils soient linguaux, sus ou sous-hyoïdiens, caractères essentiels et qui méritent d'être retenus, la fluctuation et la mobilité sur les parties qui les entourent. Il en est un troisième dont nous n'avons encore rien dit, et qui cependant a une importance capitale, c'est, lorsqu'il n'existe encore aucune complication, l'absence complète de douleurs spontanées ou

provoquées. Si cette triade symptomatique, fluctuation, mobilité, indolence, n'est pas absolument caractéristique des kystes du canal thyro-lingual, elle ne possède pas moins une certaine valeur, et en l'ayant présente à l'esprit lors de l'examen d'un malade porteur d'un kyste congénital du cou ou de la langue, on pourra éviter une erreur de diagnostic.

V

MARCHE. PRONOSTIC.

L'évolution de ces kystes est d'ordinaire très lente, et la seule particularité que l'on doive signaler en dehors de leur augmentation progressive de volume, est leur inflammation possible. Ceux de la langue surtout, exposés à des froissements continuels par suite de la mastication des aliments solides et de leur déglutition, se transforment assez souvent en collections purulentes. Les fréquents mouvements d'ascension du larynx, les frottements répétés des vêtements, exposent à la même complication ceux de la région sous-hyoïdienne.

Cette inflammation de la poche kystique peut être aussi le résultat d'une intervention intempestive (badigeonnages avec de la teinture d'iode ou tout autre liquide irritant, onctions avec les diverses pommades dites résolutives), ou pratiquée dans des conditions défectueuses de propreté (ponction ou incision avec un instrument non aseptisé).

Une fois enflammé, le kyste ne tarde pas à s'ouvrir au

dehors, devenant ainsi le siège de fistules intarissables. Aussi est-ce pour s'en débarrasser que le malade réclame les secours d'une chirurgie radicale à laquelle il avait souvent refusé de se soumettre jusque-là. Ces fistules que l'on considéra longtemps comme primitives, les attribuant à une persistance des fentes branchiales, ne sont qu'une étape dans l'évolution des kystes que nous étudions, et pour cette raison, mériteraient de nous arrêter quelques instants. Mais leur étude a été trop bien et trop complètement faite par M. le D^r F. Buscarlet, et Mlle Marie Sulicka, dans des travaux absolument récents, pour qu'il nous soit possible d'écrire un chapitre nouveau à leur sujet.

Donc, difformité de plus en plus apparente, gêne plus ou moins considérable, menace permanente de suppuration et de fistulisation, tels sont les inconvénients de ces kystes. Si l'on y ajoute la difficulté parfois grande de les extirper complètement, chose indispensable pour éviter toute récurrence ou toute complication, on aura le tableau à peu près complet des ennuis réservés à ceux qui en sont atteints. Hâtons-nous d'ajouter, cependant, qu'il est toujours possible au chirurgien de les éviter ou de les faire disparaître.

VI

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de ces tumeurs liquides n'est pas toujours d'une extrême simplicité ; cependant il peut être fait dans la plupart des cas, d'une façon sinon certaine, tout au moins approximative, pour peu que l'on songe à leur existence.

Lorsque le kyste siège dans l'épaisseur de la base de la langue et n'a pas encore acquis un grand développement, son indolence parfaite, sa consistance molle, plus ou moins fluctuante, sa situation médiane et profonde, permettent d'écarter tout d'abord l'idée d'une *grenouillette*. Cette dernière, il est vrai, occupe une situation à peu près médiane, mais elle fait saillie sur le plancher de la bouche et non sur le dos de la langue, ou encore, n'est pas dissimulée dans l'épaisseur de cet organe. De plus, elle est le plus souvent superficielle et transparente. On ne s'arrêtera pas longtemps à l'idée d'un *lipôme*, très rare dans cette région, ou d'un *angiome*, reconnaissable à sa teinte foncée transmise à travers la muqueuse, à sa réductibilité, à la dilatation vasculaire qui l'accompagne.

Plus longue sera l'hésitation au sujet d'un *kyste dermoïde*, qui lui aussi est congénital, occupe une situation médiane et profonde, présente une mollesse particulière, qu'il est si facile de confondre avec la véritable fluctuation. Seule, la ponction exploratrice pourra lever tous les doutes.

Un peu plus tard, lorsque la tumeur aura acquis un certain développement et tendra à transformer la langue en une véritable cavité kystique, que cet organe considérablement augmenté de volume, fera saillie hors de la bouche, qu'à tous ces caractères se joindront encore l'élargissement du maxillaire inférieur, la déviation des arcades dentaires, on pourra songer sérieusement à la *macroGLOSSIE*, et ici encore, la ponction exploratrice sera l'ultime ressource à laquelle on devra recourir pour affirmer un diagnostic hésitant. Mais elle ne sera plus d'un grand secours lorsque le kyste enflammé présentera les caractères communs à toutes les collections purulentes. Seuls les commémoratifs, qui montreront une tumeur congénitale, ayant fait son apparition dans l'épaisseur de la base de la langue, sur la ligne médiane, ayant progressivement augmenté de volume, ayant pendant fort longtemps conservé une indolence parfaite, permettront de songer à un kyste du canal thyro-lingual, sans cependant légitimer une conclusion affirmative dans ce sens. L'examen histologique des pièces permettra seul, par la suite, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic porté.

Lorsque le kyste siège à la région sus-hyoïdienne, on pourrait être tenté de le confondre avec une *grenouillette*. Mais l'erreur ne sera pas commise si l'on se rap-

pelle que la grenouillette fait primitivement saillie sous la muqueuse du plancher buccal et que, si elle devient parfois sus-hyoïdienne, elle ne l'est que secondairement.

Un *hygroma* de la bourse séreuse de Verneuil n'arrêtera pas longtemps l'attention, étant donné que si cette bourse existe, elle est d'une extrême rareté.

A la région sous-hyoïdienne, la bourse séreuse de Boyer mérite peut-être plus d'entrer en ligne de compte, lorsque le kyste occupe l'espace thyro-hyoïdien. Mais l'âge peu avancé des sujets au moment de l'apparition de la tumeur, le développement lent et progressif de cette dernière, son indolence absolue, une longue période stationnaire succédant à une phase d'accroissement, constituent autant de caractères spéciaux qui ne sont nullement en rapport avec l'idée d'un hygroma.

Nous ne pensons pas qu'il faille tenir grand compte également de l'idée émise par Nélaton du développement possible vers la région thyro-hyoïdienne d'un kyste muqueux de la base de la langue. Leur tendance naturelle porterait ces kystes glandulaires à se développer sous la muqueuse dont ils dépendent, et nullement du côté de la peau.

De tous les points à signaler dans le diagnostic de ces kystes sus et sous-hyoïdiens, le plus important peut-être, est leur confusion possible avec une adénopathie tuberculeuse. On la commettra d'autant plus facilement que le kyste aura suppuré et se sera ouvert au dehors, laissant à sa suite un trajet fistuleux. Les caractères de tumeur arrondie, indolente, qui après un temps plus ou moins long tend à s'enflammer et à s'ouvrir, sont communs aux

deux affections et bien faits pour tromper ceux qui se contenteront d'un examen superficiel. « L'erreur, dit Mlle M. Sulicka, est difficile à comprendre lorsqu'on voit une tumeur ou fistule sus-sternale se continuant avec un trajet médian qui remonte jusqu'à l'os hyoïde et est entraînée avec lui dans les mouvements de déglutition. Pourtant, même dans ces conditions, et à l'époque actuelle où ces questions sont bien connues, elle est trop souvent commise, et dans l'une de nos observations, deux médecins des hôpitaux ont conseillé un traitement médical antiscrofuleux, qui naturellement est resté sans effet. Ont-ils cru à une ostéite sternale ou à une adénopathie, nous n'en savons rien : mais dans un cas comme dans l'autre, la constatation du pédicule hyoïdien aurait dû faire éviter l'erreur..... La notion de l'adhérence à l'os hyoïde peut ici prêter jusqu'à un certain point à l'erreur. Ce qui est plus important, c'est d'abord le siège de la tumeur. Lorsqu'elle est nettement située sur la ligne médiane et sous l'os hyoïde, on ne s'y trompe pas, car en ce point il n'y a pas de ganglions. Mais quelquefois la fistule est un peu latérale; d'autre part, le kyste peut, comme je l'ai dit, être sus-hyoïdien. Alors on examinera avec soin s'il n'y a pas d'autres engorgements ganglionnaires à la région cervicale; mais si l'absence de toute autre adénopathie est un argument important, ce n'est cependant pas un argument de valeur absolue et nous avons vu le diagnostic rester en suspens jusqu'au moment de l'opération; sur la pièce enlevée, le substratum ganglionnaire devint évident. Il faut d'ailleurs ajouter que ces petites adénopathies devenues fistuleuses, sans qu'au-

cun autre ganglion soit pris dans le voisinage, sont relativement rares ».

Certes, dans l'espace thyro-hyoïdien, on ne connaît pas de ganglions ; mais un peu plus bas, en avant de la membrane crico-thyroïdienne, M. Poirier en a décrit, qui occupent exactement la ligne médiane. Il ne faut donc pas, dans la discussion du diagnostic, se contenter de ces arguments. On en trouve de bien meilleurs dans les caractères que présentent d'habitude les abcès ganglionnaires. Lorsque ces derniers, en effet, s'ouvrent à l'extérieur, le pus obéit en quelque sorte à l'action de la pesanteur, et suit une voie descendante. Seuls donc, les abcès sus-hyoïdiens pourront paraître reliés à l'os hyoïde. De plus, en cas d'abcès, le trajet fistuleux n'est jamais aussi long que celui des kystes, et il s'en écoule un liquide séro-purulent, bien différent du liquide filant, visqueux, analogue à du mucus, qui s'écoule des trajets kystiques.

Dans les cas de tumeur sous-hyoïdienne, l'adhérence du pédicule à l'os hyoïde pourrait faire songer à une lésion de cet os ou du cartilage thyroïde, ayant déterminé un abcès ossifluent. Mais l'absence de douleur, de gonflement, de troubles fonctionnels en rapport avec l'existence d'une laryngite scrofuleuse ou syphilitique fait écarter cette hypothèse. D'ailleurs, dans ce cas encore, le liquide aurait les caractères du pus.

Lorsque la fluctuation sera bien nette, le pédicule bien évident, on ne pensera même pas à un lipôme. Mais lorsqu'on ne trouvera qu'une consistance plus ou moins molle, qu'il ne sera pas possible de saisir le moindre tractus fibreux, tout naturellement, on songera à la possibilité

d'une pareille tumeur. Il sera facile de l'écarter en se rappelant l'aspect lobulé si caractéristique que présentent les lipômes lorsqu'on les presse entre les doigts, comme pour les énucléer.

Au cou aussi bien qu'à la langue, lorsque la congénitalité sera douteuse, on devra se demander si l'on ne se trouve pas en présence d'un kyste hydatique. De tels kystes peuvent en effet exister dans ces diverses régions, et pour être fixé, il faudra par une ponction exploratrice se procurer quelques gouttes du liquide kystique et l'examiner au microscope. La présence de scolex ou de cellules cylindriques ciliées donnera la clef du diagnostic. Mais ce dernier restera en suspens jusqu'à l'extirpation de la tumeur et à son examen histologique, si on ne découvre aucun de ces éléments.

Généralement on arrive assez vite à écarter la plupart de ces hypothèses, et à ne plus hésiter qu'entre un kyste du canal thyro-lingual et un kyste dermoïde. Ce dernier a bien comme caractère spécial sa consistance pâteuse bien différente de la véritable fluctuation. Mais les plus habiles s'y trompent souvent, et en maintes circonstances il sera sage de ne point se prononcer d'après les seules données d'un examen clinique, et de faire appel au contrôle du microscope. Un kyste du canal thyro-lingual présentera toujours, soit dans son contenu, soit comme revêtement de sa paroi interne, des cellules cylindriques à plateau finement strié, dont quelques-unes, presque toujours, auront conservé leurs cils vibratiles.

La prédominance de ces caractères anatomo-pathologiques, les seuls qui soient vraiment pathognomoniques,

nous engage à indiquer aussi succinctement que possible la technique à suivre pour les mettre en évidence.

Examen du liquide kystique. — Obtenu par ponction exploratrice ou par ouverture du kyste après son extirpation, ce liquide est placé dans un verre, où on le laisse reposer vingt-quatre heures environ. Au bout de ce temps on en aspire la partie inférieure, à l'aide d'une pipette en verre. Sur une lame bien propre, on en dépose une goutte et après avoir ajouté une goutte de micro-carmin ou de bleu de méthylène en solution aqueuse faible, on recouvre le tout d'une lamelle également très propre. La préparation ainsi obtenue est portée sous le microscope où, à l'aide de l'objectif 4 et de l'oculaire 7 de Leitz, on peut en voir tous les détails.

Examen de la paroi kystique. — Immédiatement après son extirpation, on place le kyste entier dans l'alcool à 90° et on l'y laisse un ou deux jours. Au bout de ce temps, par des coupes perpendiculaires à son axe, on le divise en plusieurs fragments qui sont laissés dans l'alcool absolu durant vingt-quatre heures. On les en sort pour les placer dans le xylol pendant deux à trois heures, et ensuite dans un bain de paraffine à 54°. Vingt-quatre heures après, l'inclusion étant obtenue, on fait des coupes au microtome mécanique de Viallanes, coupes que l'on laisse sécher sur plaques pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, on enlève la paraffine par la chaleur, l'essence de térébenthine et le xylol; ce dernier à son tour, est enlevé par les alcools successifs à 90°, 60° et 50°. On lave à l'eau et on colore par l'hématéine alunée et l'éosine,

procédé de coloration très rapide, qui n'exige qu'une demi heure à une heure. Sur la coupe lavée à l'eau, on place une goutte d'hématéine alunée et on l'y laisse un quart d'heure environ. Immédiatement après, la préparation est lavée à l'eau et placée dans une solution alcoolique faible d'éosine. On l'y laisse cinq minutes, après quoi on la déshydrate à l'alcool et l'éclaircit par l'essence de girofle ou de bergamotte, et le xylol. A ce moment, on la monte dans le baume au xylol.

Sur une telle préparation, les noyaux sont énergiquement colorés en violet, le protoplasma cellulaire et les cils en rose, les fibres musculaires en rose vif, le tissu connectif ou élastique en rouge.

Si l'on remplace l'éosine par l'acide picrique en solution alcoolique très faible, on obtient des préparations encore plus nettes que les précédentes.

Ce procédé n'est malheureusement pas à la portée des praticiens en raison de l'installation coûteuse qu'il exige, et n'a sa raison d'être que dans un laboratoire. Mais on pourra toujours obtenir, à l'aide du microtome de Ranvier, des coupes suffisantes qui seront colorées au picrocarminate d'ammoniaque, lavées à l'eau, déshydratées à l'alcool, éclaircies à l'essence de girofle et au xylol, montées dans le baume au xylol. Dans ces préparations, les noyaux seront énergiquement colorés en rouge, les fibres musculaires en rose, le tissu élastique et connectif en rose pâle. Le protoplasma cellulaire et les cils vibratiles en jaune très pâle.

VII

TRAITEMENT.

En présence d'un kyste du canal thyro-lingual, le chirurgien devra se rappeler la tendance toute spéciale de ces productions morbides à la fistulisation et à la récurrence, ces deux écueils qu'il doit à tout prix éviter, s'il veut faire de la thérapeutique bonne et utile.

Frappé de ces inconvénients et croyant en raison de ses idées sur la pathogénie de ces kystes, qu'une extirpation complète était illusoire, Boyer conseillait de les respecter. « Comme l'extirpation de cette tumeur est impossible, écrivait-il, on pourrait croire qu'il suffit pour la guérir d'en faire l'ouverture avec un caustique ou avec un instrument tranchant et de faire suppurer la poche. L'expérience m'a appris le contraire.

On en conçoit aisément la raison : pour que des parties couvertes de bourgeons charnus et en suppuration se réunissent, il faut qu'ils se touchent immédiatement ; or la chose est impossible. De quelque manière qu'on s'y prenne, il restera toujours un intervalle entre la partie

du foyer qui correspond au muscle thyro-hyoïdien et la partie postérieure qui repose sur la membrane thyro-hyoïdienne. Donc il faut retarder autant que possible l'ouverture et prévenir le malade de ses conséquences. »

En déclarant l'extirpation de la tumeur impossible, Boyer était évidemment dans l'erreur ; mais il avait profondément raison lorsqu'il proclamait dangereuse et nuisible son ouverture. Nous ne pensons plus à l'heure actuelle que la fistule s'établit grâce au défaut de coalescence entre les parois du kyste ; en nous montrant l'existence de diverticules tapissés d'épithélium cylindrique cilié, l'anatomie pathologique a considérablement modifié notre opinion sur ce point ; mais dans un cas comme dans l'autre, la conclusion thérapeutique de Boyer reste vraie dans sa dernière partie.

Dupuytren et Nélaton, en extirpant plusieurs de ces kystes avec un succès complet, montrèrent non seulement que cette intervention radicale était possible, mais encore qu'elle était la seule bonne.

En raison de ces faits, en raison surtout de ce que nous savons aujourd'hui de la pathogénie et de la marche de ces tumeurs, nulle autre conduite ne saurait être préconisée.

Les badigeonnages faits avec de la teinture d'iode ou toute autre substance irritante, les onctions pratiquées avec les diverses pommades dites résolutives, ne sont que des moyens toujours illusoires, parfois dangereux, bons tout au plus à masquer une pusillanimité inexplicable ; et dont il ne faut attendre que des mécomptes.

La ponction simple n'amènera jamais la guérison et pourra au contraire hâter la suppuration et la fistulisation, si elle est faite dans des conditions mauvaises d'asepsie. Suivie d'une injection irritante d'une ou plusieurs séances d'électrolyse, comme le conseillait le professeur Le Fort, elle a pu donner parfois d'heureux résultats. Il est probable que dans ces cas le segment persistant de canal thyro-lingual était fort court, ne présentait aucun diverticule, ce qui a permis la destruction complète de son épithélium de revêtement interne. Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi, et cette méthode thérapeutique appliquée d'une façon générale, sera dans bien des circonstances, absolument insuffisante.

De toutes les interventions, la seule qui donne des garanties suffisantes de succès, est l'extirpation complète du kyste et de son pédicule. Aussi faudra-t-il toujours et de parti pris, la proposer au malade, quel que soit le volume de sa tumeur au moment où on l'examine. Attendre qu'elle soit plus ou moins développée pour intervenir serait déjà une faute, car durant cette période d'expectation, si courte soit-elle, le kyste peut s'enflammer, suppurar, devenir fistuleux, toutes complications aussi désagréables pour le patient que nuisibles à la réussite de la future opération. Cette dernière, en effet, pratiquée dans une région absolument aseptique, avec toutes les précautions dont s'entourent les chirurgiens modernes, sera insignifiante, et ne laissera qu'une cicatrice à peine visible. Au contraire, dans une région déjà envahie par les microbes de la suppuration, beaucoup plus longues seront les suites opératoires, et bien moins heureux également

les résultats obtenus, surtout au point de vue de l'esthétique.

Donc, extirpation complète de la tumeur et de son pédicule, extirpation aussi prématurée que possible, telle est la formule qui résume toute la thérapeutique applicable aux kystes du canal thyro-lingual.

A la région sus ou sous-hyoïdienne, l'intervention sera le plus souvent extrêmement simple. Une incision verticale, occupant le milieu de la tumeur et dépassant légèrement ses limites supérieures et inférieures, conduira rapidement sur la poche kystique. Si cette dernière n'est pas facilement énucléable, on excisera largement les tissus environnants, de façon à ne pas laisser le moindre diverticule, chose importante, si l'on veut éviter toute récurrence. Ceci fait, à l'aide d'une dissection attentive, on poursuivra aussi loin que possible les pédicules supérieurs et inférieurs, s'ils existent, et on détruira soigneusement toutes leurs adhérences. Pour cela, il suffira le plus souvent de ruginer l'os hyoïde, dont il ne sera pas toujours nécessaire de réséquer la partie moyenne, comme a dû le faire Schlange, de Berlin, dans un cas où plusieurs récurrences s'étaient déjà produites. L'hémorrhagie est généralement insignifiante, ce qui permet, après une hémostase et une suture très soignées, d'obtenir, sous un pansement iodoformé ou salolé, la réunion de la plaie opératoire par première intention.

A la langue, suivant que le kyste occupera la presque totalité de l'organe, fera une saillie nettement limitée à sa face dorsale, ou se montrera à sa face inférieure, s'étendant vers le plancher buccal, l'intervention variera.

Dans le premier cas, s'inspirant du procédé employé par M. Richelot chez le malade dont MM. Verchère et Denucé ont rapporté l'observation, on pratiquera une incision curviligne, suivant les bords et intéressant la pointe de la langue. Celle-ci étant dédoublée, on extirpera aussi complètement que possible la paroi du kyste, soit en l'excisant lambeaux par lambeaux, soit en la détachant soigneusement à l'aide de la curette. On réunit ensuite les deux moitiés de la langue à l'aide d'une suture au catgut, et l'on place un ou deux drains dans la plaie. Il sera très utile, pour hâter la cicatrisation, d'inviter le malade à pratiquer fréquemment des lavages de la bouche avec une solution antiseptique.

Dans le deuxième cas, la langue étant fortement attirée au-dehors, on fait une incision longitudinale de la muqueuse, incision qui occupe le milieu de la tumeur et dépasse légèrement ses extrémités, et on essaie d'énucléer le kyste. Si la chose est impossible, on l'ouvre, et on se sert de la curette pour en enlever le plus possible. On réunit les deux lèvres de la plaie par une suture au catgut, et l'on conseille les lavages antiseptiques dont nous avons déjà parlé.

Dans le troisième cas, le choix de l'intervention est un peu plus délicat, car l'on se trouve en présence d'une tumeur qui par son siège, est absolument comparable aux kystes dermoïdes du plancher buccal, et l'on sait que les avis diffèrent sur la voie à suivre pour enlever ces kystes. Les uns (Ozenne, Verneuil), conseillent d'opérer par la bouche; les autres (Reclus, Gérard-Marchant), préfèrent l'incision cutanée sus-hyoïdienne. Les raisons que

font valoir les uns et les autres à l'appui de leur opinion sont excellentes, et en réalité, nous croyons que les deux opérations peuvent donner de très bons résultats, pourvu qu'elles soient faites avec une minutieuse antisepsie.

La tumeur faisant saillie sous la langue, on a, en choisissant la voie buccale, une épaisseur moindre de tissus à traverser. De plus on évite ainsi une cicatrice souvent très disgracieuse, chose importante et qui mérite d'être prise en considération. Il est vrai qu'une fois l'incision faite on est gêné par les arcades dentaires pour l'énucléation du kyste, mais ici encore, la curette pourra rendre de grands services. Les lavages fréquents de la bouche pourront toujours assurer une antisepsie suffisante pour éviter des complications inflammatoires.

Suivie par Gross, Barker, Gérard-Marchant, Reclus, la voie sus-hyoïdienne tend de plus en plus à être adoptée, à l'exclusion de toute autre, par la plupart des chirurgiens. Aussi y insisterons-nous quelque peu.

Ainsi que l'a montré M. Reclus, cette voie permet d'aborder facilement la tumeur. En la suivant, on évolue à l'aise, on manœuvre à découvert, on n'est pas gêné par les lèvres, les arcades dentaires, la langue, on peut facilement et sans danger anesthésier le malade. De plus, grâce à la déclivité de l'incision, le sang et les liquides sécrétés par la plaie s'écoulent facilement au dehors. Le cul-de-sac profond, anfractueux, que crée l'extirpation buccale, et où peuvent s'accumuler le pus, la salive et toutes les substances septiques, n'existe pas ici. Mais la grosse objection faite à ce procédé opératoire, c'est la cicatrice tant redoutée du sexe où la coquetterie prime

tout. MM. Reclus et Gérard-Marchant n'en tiennent pas bien compte cependant. C'est qu'en effet, avec une asepsie parfaite, on peut être certain d'obtenir une réunion primitive qui donnera une cicatrice linéaire, à peine visible lorsque le malade lève la tête, et habituellement dissimulée par la saillie du menton.

Voici comment M. Reclus a réglé les divers temps de cette petite opération : Incision sur la ligne médiane, du bord inférieur du maxillaire à l'os hyoïde. Les muscles génio-hyoïdiens et la sangle musculaire du mylo-hyoïdien seront séparés par la sonde cannelée et retenus à droite et à gauche par des écarteurs. La partie mise à nu sera ponctionnée, comme le serait un kyste de l'ovaire, puis l'orifice sera oblitéré avec une pince à forcipressure. Tirant alors sur la tumeur et la libérant peu à peu de ses adhérences, on arrivera à l'énucléer complètement.

Les détails dans lesquels nous sommes entré au cours de ce chapitre ont eu pour but de bien montrer combien les procédés opératoires que l'on emploie d'habitude sont simples, faciles à mettre en pratique, et par suite à la portée de tous. Aussi croyons-nous devoir répéter une fois encore ce que nous avons déjà dit : Le seul traitement applicable aux kystes du canal thyro-lingual est leur extirpation complète et prématurée.

CONCLUSIONS

Les points essentiels de ce travail peuvent être résumés dans les conclusions suivantes :

I. — Il existe à la langue et au cou des kystes développés aux dépens d'un segment de canal thyro-lingual anormalement persistant.

II. — Sans être extrêmement fréquents, ces kystes ne sont cependant point des raretés pathologiques, comme on l'a cru longtemps.

III. — A la langue, ces kystes siègent primitivement à la base de l'organe ; mais ils peuvent en se développant l'envahir de plus en plus et occuper bientôt toute son épaisseur.

IV. — Au cou, ces kystes se développent soit au-dessus soit au-dessous de l'os hyoïde. Les seconds, ceux surtout qui occupent l'espace thyro-hyoïdien, sont de beaucoup les plus fréquents.

V. — Quelle que soit leur situation, ces kystes ont un contenu séro-muqueux, de teinte et de consistance assez variables, dans lequel se rencontrent des cellules épithéliales cylindriques détachées de la paroi. Cette der-

nière est tapissée d'épithélium cylindrique généralement à cils vibratiles.

VI. — Tous ces kystes ont une grande tendance à la suppuration et à la fistulisation.

VII. — Ces kystes ne possédant point de caractères cliniques absolument pathognomoniques ; leur diagnostic repose essentiellement sur l'examen histologique de leur contenu et de leur paroi.

VIII. — Seule une extirpation complète et prématurée peut mettre à l'abri de leurs complications et de leurs récidives.

Vu : le Président de la thèse

GUYON.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AFFRE (V). — Des kystes thyro-hyoïdiens. Thèse de Paris, 1875, n° 373.
- ARNDT. — Berliner klinische Wochenschrift, 1889, n° 30.
- BARKER. — Transactions of the clinical Society of London, 1883, vol. XVI, p. 215.
- BERGER. — Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris, 1892, n. s. XVIII, p. 486.
- BERKELEY HILL. — The Lancet, 1877, p. 842.
- BERNAYS. — S. Louis, med. and. surg. journ., oct. 1888, p. 201.
- BIONDI. — Berlin. Klin. Woch., p. 934, 1888.
- BLANDIN. — Anat. topogr. Paris, 1834, p. 175.
- BLAND SUTTON. — The Lancet, 1888, I. p. 308-312. — Transactions of the path. Soc., 1887, v. XXXVIII, p. 387.
- BLACHEZ. — Bull. de la Soc. Anat., 1856, p. 286.
- BOCHDALEK. — Ueber das foramen cœcum der Zunge. Oesterreich. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde, 1866, n° 36, 37, 42 ; Sowie : Nachtrag zum schlauch formigen Apparat der zunge. Archiv. f. Anatomie und Physiologie, V. Reichert u. Du Bois-Raymond, 1867, p. 775.
- BORN. — Archiv. f. Mikrosk. Anat., vol. XXII.

- BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales*, 4^e édit., t. VII, p. 31.
- BROCA (P.). — *Traité des tumeurs*, Paris, 1869, t. II, p. 79.
- BROCA (A.). — *Bull. de la Soc. Anat.*, 1889, p. 385. *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. V, p. 52, 64, 290.
- BUSCARLET (F.). — *Cont. à l'ét. des fistules branchiales. Fist. du canal de Bochdalek. Thèse pour le titre de Privat-Docent. Genève*, 1893.
- BUTLIN (H. E.). — *Clinical Society*, avril 1890.
- CHASLIN. — *Bull. de la Soc. Anat.*, 1886, p. 81.
- CHEMIN (A.). — *Contrib. à l'ét. des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane. Thèse de Bordeaux*, 1895-1896.
- CUSSET. — *L'appareil branchial des vertébrés. Thèse de Paris*, 1877, n° 181.
- DEFAUCAMBERGE. — *Contrib. à l'étude du corps thyroïde. Thèse de Paris*, 1889.
- DEMME. — *Die Krankheiten der Schilddrüse*, in *Abdr. Berl.*, 1879.
- DENONVILLIERS. — *In Landetta. Thèse de Paris*, 1863, p. 45.
- DENUCÉ (M.). — *Kyste du canal de Bochdalek. Communication à la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, avril 1894. *Etudes et Mémoires de Chirurgie*, Bordeaux, 1894.
- DUPLAY. — *Des fist. cong. du cou. Arch. gén. de méd.*, 1875, t. I, p. 78. *Traité de Pathologie externe*, t. IV, p. 34.
- DURHAM (H.-E.). — *Commun. à la Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres. Séance du 10 avril 1894. Th. Lancet*, 14 avril 1894, p. 934.
- DURSY. — *Diss. inaug. Tubingue*, 1869.

- FANO. — Traité de pathol. chir. T. II, p. 475.
- FAUCON. — Note sur deux cas de fistules branchiales. Bull. de la Soc. de chir., 22 avril 1874, 3^e série, t. III.
- FAURE. — Kyste congén. thyro-hyoïdien. Bull. de la Soc. Anat., 1893.
- FISCHELIS. — Beitrage zur Kenntniss der Entwicklungsgeschichte der gl. Thyroïdea und Thymus (Arch. f. Mikr. Anat.). Band. XXV, Heft 3, 1886.
- FISCHER. — Historische notiz zur angeborenen Halsfistel. Deutsche Zeitschrift für chir., 1873, t. II, p. 570.
- Die Krankheiten des Halzes. Deutsche chir. von Billroth und Lücke. Stuttgart, 1880, liv. XXXIV.
- GALISCH. — Thyroïde accessoire à la base de la langue. Deut. Zeit. f. chir. XXXIX, 5 et 6, 1894.
- GASS. — Essai sur les fistules branchiales, 1867. Thèse de Strasbourg, n^o 977.
- GÉHÉ. — Des kystes de la langue. Thèse de Paris, 1882.
- GERSTER. — New-York surg. Soc., 10 avril 1883. Med. S. Journ., 1883, XXXVII, p. 579.
- GIRALDÈS. — Bull. de la Soc. Anat. 22^e année, mars 1847, p. 96.
- GUZMAN. — Des fistules congén. du cou. Thèse de Paris, 1886.
- GORRON. — Des fistules branchiales. Thèse de Bordeaux, 1888.
- GOSSELIN. — Clin. chir. 1873. T. II, p. 613.
- GRUBER. — Arch. f. anat. p. 208, 1876.
- HADDEN. — Transactions of the path. soc. of. London, 1886, v. XXXVIII, p. 225.
- HÆCKEL. — Communication au 23^e congrès des chirurgiens allemands, 18-21 avril 1894 (Centralblatt für chirurgie 1894, n^o 30, supplément). Archiv. für klin. chir XLVIII, 3, p. 607.

- HARDING. W. — Contribut. à l'étude des fistules congén.
Th. de Kiel, 1891.
- HENSINGER. — Halskiemenfisteln. Arch. f. path. anat.
und phys. 1864, t. XXIX, p. 358 et t. XXXIII, p.
177 et 441.
- HERTWIG (O.). — Traité d'embryologie ou histoire du déve-
loppement de l'homme et des vertébrés. Traduction
Julin, 1891.
- HESCHL. — Ueber die Dermoïd Cysten. Prager viertel
jahrschrift, f. die prakh. Heilk, XVII, jahrg, 1860,
IV. Bd. Original aufsatzes, 48.
- HEURTAUX. — Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. prati-
ques, t. XIX, 1874, art. Kystes, p. 753.
- HICKMAN. — Trans. Path. Soc. XX, p. 168.
- HIS (W.). — Anat. menschlicher Embryonen. Leipzig, 1880.
Der tractus Thyreoglossus und Seine Bezeichnung zum
Zungenbein. Arch. für. Anat. und. phys., anat. abth,
Heft 1, 1891.
- HOUEL. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 23 avril 1874, p. 220.
- ILRAITH. — Glande thyroïde accessoire proéminent dans la
bouche. Brit. Med. Journal, 1^{er} décembre 1894.
- JACOBY, — Ueber die mediane Schilddrüsenanlage bei Säü-
gen (Schwein) Anat. Anz. X, 2, p. 49, 1895.
- JEANNEL. — Encyclopédie internationale de Chirurgie, t. V.
Art. Cou.
- JONHSON (R.). — Path. Society (The Lancet, 10 mai 1890).
- JOUON (F.). — Kyste du cou muni d'épithélium vibratile. Journ.
de la Sect. de Méd. de la Soc. Acad. de la Loire-Infé-
rieure. Vol. XL. 211^e livr., p. 23. Nantes, 1864.
- KADYI. — Ueber accessorische Schilddrüsenlappchen in der
Zungenbeige gend. Archiv. f. Anatomie Von His u.
Branne., 1879, 5, 312.

- KANTHACK (A.-A.). — The Thyreoglossal duct. Journ. of Anatomy. Janvier 1891.
- KASTSCHENKO. — Arch. f. Mikrosk. Anat. vol. XXX.
- KLEIN. — Art. Langue, in Histologie de Stricker.
- KÖLLIKER. — Embryologie ou *Traité complet du développement de l'homme et des animaux supérieurs*. Trad. sur la deux. édit. allemande. par A. Schneider. Paris, 1880-1882.
- KOSTANECKI (K.-V.) et MILLECKI (A.-V.). — Die angeborenen kienenfisteln des Menschen. Arch. f. path. Anat. und phys., 1890, t. CXX, p. 385, et t. CXXI, p. 55 et 247.
- LALOUETTE. — Rech. Anat. sur la glande thyroïde. Mém. de l'Acad. des sciences. t. I, 1750, p. 159.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Kystes congénitaux du cou. Paris, 1891.
- LANNELONGUE et MÉNARD. — *Traité des Affections congénitales*, t. I, Paris, 1891.
- LARREY. — Bullet. de la Soc. de Chir., 1852-1853.
- LE FORT. — Bulletin de Thérapeutique, 1885, p. 49.
- LEGENDRE. — De la Thyroïde. Th. Paris, 1852.
- LIARAS (G.). — Journal de Médecine de Bordeaux, 10 et 24 février 1895.
- LUSCHKA. — Arch. f. physiol. Heilkunde. Bd. VII, 1848.
- MADLUNG. — Anatomisches und chirurgisches über die glandula thyroidea accessoria. Langenbeck's Archiv. Bd. 29, 8, 71.
- MARCHANT (G.). — Bull. de la Soc. Anat., 1886, quatrième série, vol. XV, p. 653.
- MARSHALL (C.-F.). — Conduit thyroglossique ou canal de His. Journal of Anatomy, octobre 1891.

- Variations dans la forme de la glande thyroïde. *Journal of Anatomy*, janvier 1895.
- MERTEN. — Historisches über die Entdeckung der glandula supra hyoidea. *Archiv für Anatomie Von His und Braune* 1879. S. 483.
- MONOD. — *Bullet. de la Soc. de chirurgie*, 1891, p. 482.
- MORGAGNI. — *Adversaria Anatomica*, 1742. Liv. I. Obs. IV.
- MORTON. — Persistance du conduit thyroglossique. *Brit. Med. journal*, 12 mai 1894.
- MUNK (H.). — Recherches sur la glande thyroïde. *Centr. f. klin. Med.*, 1888, p. 81.
- NÉLATON. — *Elém. de pathologie chirurgicale*, 1854, t. III, p. 384.
- NEUMANN. — *Arch. f. klin. chir.*, 1877, p. 825.
- NUHN. — Description d'une glande inconnue située à la pointe de la langue. Mannheim, 1845.
- PARKER (R.). — *Trans. Path. Soc.*, XXXII, p. 238.
- PARKIN. — Kyste thyroglossique. Excision. *Brit. Med. Journ.*, 23 juin 1894.
- QUÉNU. — Des arcs branchiaux chez l'homme. Thèse de concours d'agrégation, Paris, 1888.
- RABL. — *Prager. Med. Wochenschr.*, 1886-1887.
- RECLUS (P.). — *Gazette hebdomadaire*, 1887.
- REMAK. — Recherches sur le développement du corps thyroïde. Berlin, 1855.
- REVERDIN (J.-L.). — In thèse de Buscarlet, Genève, 1893.
- REVERDIN (J.-L.) et F. BUSCARLET. — Kyste congén. à l'ext. de la pyram. de Lalouette. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, XIII, 11, p. 715, novembre 1893.
- ROSANOFF. — *Russk. med. Saint-Pétersbourg*, 1892, XVII, 519-522.
- ROTH. — *Arch. f. path. Anat. Bd. LXXII*, S. 444, 1878.

- SARRAZIN. — Act. Cou du nouveau dictionnaire de med. et chir. prat., t. IX.
- SCHEDE (Max.) — Ueber die tiefen. Athérome des Halses. Langenbeck, s. Arch. f. Klin. Chir., 1872, Bd. XIV, S. 1.
- SCHLANGE. — Centralblatt für chirurgie. 1893. N° 30.
- SEBILEAU. — Démonstrations d'Anatomie. Paris, 1892.
- STRECKEISEN. A. — Beitrage zur Morphologie der Schilddrüse. Arch. f. path. An. und Phys. CIII, Heft 1, p. 131. et Heft 2, p. 215, 1888.
- SULICKA. (M.). — Cont. à l'ét. des fistules et kystes congén. du cou. Kystes et fistules du Canal de Bochdalek. Thèse de Paris, 1894, n° 492.
- TAPIE. — Kyste cong. volumineux de la rég. lat. du cou. Midi Méd. Toulouse, 1893, III, 281-284.
- TILLAUX. — Gaz. des hôpitaux, 22 juin 1885, 72, p. 569.
- TOURNEUX et HERMANN. — Art. Thyroïde (Développement), in Dict. Encyclopéd. des Sc. Méd., p. 455, 1887.
- TRÉLAT. — In Thèse de Guzman. Paris, 1886.
- VERNEUIL. — Bull. Soc. Anat. 1852, p. 103, et 1853, p. 8.
— Bullet. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, 1881.
— Arch. Gén. de Méd., 1853.
- VERCHÈRE et DENUCÉ. — Bull. de la Soc. Anat., 1886, p. 467.
- VOLKENRATH. — Inaug. Diss., Bonn, 1888.
- WARD. — Art. Glandes Salivaires. In Encyc. Anat. et Phys. de Todd.
- WATTSON. — Journal of Anat. and. Physiol. Londres, 1874, t. IX, p. 134.
- WOLF (R.). — Langenbeck's, Archiv., 1889, vol. XXXIX, p. 224.

WOLFLER. — Ueber die Ent. u. den Bau der Schilddrüse,
Berlin, 1880.

WRIGHT (W.). — Med. Record., New-York, 1885, t. I,
p. 537.

ZUCKERKANDL. — Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Drüse in der regio suprahyoidea. Stuttgart, 1879.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	7
-----------------------	---

PREMIÈRE PARTIE.— *Notions d'embryogénie. Canal thyro-lingual.*

Appareil branchial.	11
Formation du cou.	16
Formation de la langue et du corps thyroïde	47
Canal thyro-lingual	23
Définition. Historique	23
Formation et évolution	25
Des restes chez l'adulte du canal thyro-lingual.	27
Rapports du canal thyro-lingual	31

DEUXIÈME PARTIE. — *Observations fondamentales. Discussion pathogénique. Observations complémentaires.*

Observations fondamentales	39
Discussion pathogénique	55
Observations complémentaires	62

TROISIÈME PARTIE.— *Pathologie*

Définition. Historique	127
Étiologie. Pathogénie	133
Anatomie pathologique.	135
Symptômes.	141
Marche. Pronostic	147
Diagnostic.	149
Traitement	157
CONCLUSIONS	165
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	167

